نسائیات

(گائینکولوجی)

ڈاکٹر سید محمد عباس رضوی

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان
وزارت ترقی انسانی وسائل
حکومت ہند
ویسٹ بلاک-I، آر-کے-پورم، نئی دہلی-110066

NISAIYAT

By : S.M. Abbas Rizvi

سنہ اشاعت:

پہلا اڈیشن : 1988

دوسرا اڈیشن : 1999 تعداد 1100

قیمت : -/62

سلسلۂ مطبوعات : 582

ناشر : ڈائرکٹر، قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان، ویسٹ بلاک۔I، آر۔ کے۔ پورم، نئی دہلی۔110066

طابع : جے۔ کے۔ آفسیٹ پرنٹرس، جامع مسجد، دہلی۔110006

پیش لفظ

"ابتدا میں لفظ تھا۔ اور لفظ ہی خدا ہے"

پہلے جمادات تھے۔ ان میں نمو پیدا ہوئی تو نباتات آئے۔ نباتات میں جبلت پیدا ہوئی تو حیوانات پیدا ہوئے۔ ان میں شعور پیدا ہوا تو بنی نوع انسان کا وجود ہوا۔ اسی لیے فرمایا گیا ہے کہ کائنات میں جو سب سے اچھا ہے اس سے انسان کی تخلیق ہوئی۔

انسان اور حیوان میں صرف نطق اور شعور کا فرق ہے۔ یہ شعور ایک جگہ پر ٹھہر نہیں سکتا۔ اگر ٹھہر جائے تو پھر ذہنی ترقی، روحانی ترقی اور انسان کی ترقی رک جائے۔ تحریر کی ایجاد سے پہلے انسان کو ہر بات یاد رکھنا پڑتی تھی، علم سینہ بہ سینہ اگلی نسلوں کو پہنچتا تھا، بہت سا حصہ ضائع ہو جاتا تھا۔ تحریر سے لفظ اور علم کی عمر میں اضافہ ہوا۔ زیادہ لوگ اس میں شریک ہوئے اور انھوں نے نہ صرف علم حاصل کیا بلکہ اس کے ذخیرے میں اضافہ بھی کیا۔

لفظ حقیقت اور صداقت کے اظہار کے لیے تھا، اس لیے مقدس تھا۔ لکھے ہوئے لفظ کی، اور اس کی وجہ سے قلم اور کاغذ کی تقدیس ہوئی۔ بولا ہوا لفظ، آئندہ نسلوں کے لیے محفوظ ہوا تو علم و دانش کے خزانے محفوظ ہو گئے۔ جو کچھ نہ لکھا جا سکا، وہ بالآخر ضائع ہو گیا۔

پہلے کتابیں ہاتھ سے نقل کی جاتی تھیں اور علم سے صرف کچھ لوگوں کے ذہن ہی سیراب ہوتے تھے۔ علم حاصل کرنے کے لیے دور دور کا سفر کرنا پڑتا تھا، جہاں کتب خانے ہوں اور ان کا درس دینے والے عالم ہوں۔ چھاپہ خانے کی ایجاد کے بعد علم کے پھیلاؤ میں وسعت آئی کیونکہ وہ کتابیں جو نادر تھیں اور وہ کتابیں جو مفید تھیں آسانی سے فراہم ہوئیں۔

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان کا بنیادی مقصد اچھی کتابیں، کم سے کم قیمت پر مہیا کرنا ہے تاکہ اردو کا دائرہ نہ صرف وسیع ہو بلکہ سارے ملک میں سمجھی جانے والی، بولی جانے والی اور پڑھی جانے والی اس زبان کی ضرورتیں پوری کی جائیں اور نصابی اور غیر نصابی کتابیں آسانی سے مناسب قیمت پر سب تک پہنچیں۔ زبان صرف ادب نہیں، سماجی اور طبعی علوم کی کتابوں کی اہمیت ادبی کتابوں سے کم نہیں، کیونکہ ادب زندگی کا آئینہ ہے، زندگی سماج سے جڑی ہوئی ہے اور سماجی ارتقاء اور ذہنِ انسانی کی نشوونما طبعی، انسانی علوم اور ٹکنالوجی کے بغیر ممکن نہیں۔

اب تک بیورو نے اور اب تشکیل کے بعد قومی اردو کونسل نے مختلف علوم اور فنون کی کتابیں شائع کی ہیں اور ایک مرتب پروگرام کے تحت بنیادی اہمیت کی کتابیں چھاپنے کا سلسلہ شروع کیا ہے۔ یہ کتاب اس سلسلے کی ایک کڑی ہے۔ امید ہے یہ اہم علمی ضرورت کو پورا کرے گی۔ میں ماہرین سے یہ گذارش بھی کروں گا کہ اگر کوئی بات ان کو نادرست نظر آئے تو ہمیں لکھیں تاکہ اگلے ایڈیشن میں نظر ثانی کے وقت خامی دور کردی جائے۔

ڈاکٹر محمد حمید اللہ بھٹ

ڈائریکٹر

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان

وزارت ترقی انسانی وسائل، حکومت ہند، نئی دہلی

فہرست

پہلا باب

تشریح اعضائے تناسل

نسوانی اعضائے تناسل دو حصوں میں منقسم ہیں. بیرونی اور اندرونی. بیرونی اعضاء کو فرج (VULVA) کہتے ہیں. یہ درج ذیل اعضاء پر مشتمل ہوتا ہے.

حدبہ عانیہ (MONS PUBIS)

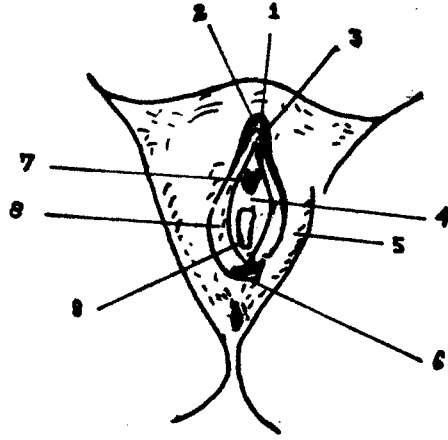
یہ ایک مدور شحمی لوتھڑا ہے جو عانہ کی ہڈیوں کے جائے اتصال پر واقع ہے. جس پر بلوغت کے وقت بال اُگ آتے ہیں.

شفران کبیر (LABIA MAJORA)

دو ابھری ہوئی جلدی چنٹیں ہیں جو حُدبہ عانیہ سے شروع ہو کر عجان پر ختم ہوتی ہیں. ان کے مقدم اور مؤخر کنارے ایک دوسرے سے ملے ہوئے ہوتے ہیں. اگلے سرے کو مجمع مقدم (ANTERIOR - COMMISSURE) اور پچھلے سرے کو مجمع مؤخر (POSTERIOR COMMISSURE) کہتے ہیں. بلوغت کے وقت ان پر بال اُگ آتے ہیں، لیکن اس کی اندرونی سطح پر بال نہیں ہوتے. یہاں کی جلد ملائم ہوتی ہے. باہری حصہ کی بہ نسبت اس میں نمی زیادہ ہوتی ہے اور اس کا رنگ گلابی ہوتا ہے. اس کی ساخت میں جلد، عضلات اور نسیج واصل شامل ہوتے ہیں.

شفران صغیر (LABIA MINORA)

یہ غشائے مخاطی کی دو چنٹیں ہیں جو شفران کبیر کے اندرونی جانب واقع ہیں، اور تقریباً دو انچ لمبی

ہوتی ہیں. یہ بظر سے شروع ہو کر منفذ مہبل کے نیچے سے گذر کر شفران کبیر میں ختم ہو جاتی ہیں. ان پر بال

۱ . قلفۃ البظر	PREPUCE
۲ . بظر	CLITORIS
۳ . قید البظر	FRAENUM
۴ . دہلیز الفرج	VESTIBULE
۵ . شفران کبیر	LABIA MAJORA
۶ . قید الفرج	FOURCHETTE
۷ . ثقبہ مجری بول	URETHRAL MEATUS
۸ . شفران صغیر	LABIA MINORA
۹ . ثقبہ مہبل	VAGINAL ORIFICE

تصویر۔ ۱ بیرونی اعضاء تناسل

نہیں ہوتے. شفران صغیر بظر کے پاس دو حصوں میں تقسیم ہو کر بظر کا احاطہ کرتا ہے اور اس کے مقدم و مؤخر حصہ پر مل کر قلفۃ البظر (PREPUCE) اور قید البظر (FRAENUM) بناتا ہے.

بظر CLITORIS

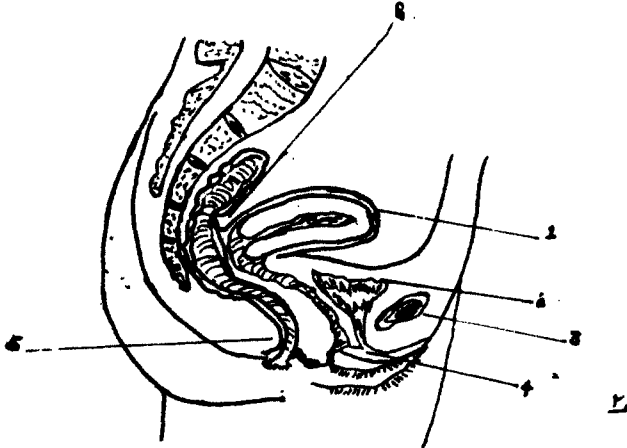
یہ ایک چھوٹا سا ابھار ہے جو دہلیز الفرج کے بالائی سرے پر پایا جاتا ہے. اس کی سائز تقریباً

ڈیڑھ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ شفران کبیر سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ یہ ابھار عورتوں میں قضیب کے قایم مقام ہے جو بہت ذکی الحس ہوتا ہے، اور اس میں جنسی ہیجان کے وقت تناؤ پیدا ہوتا ہے۔

دہلیز الفرج VESTIBULE

شفران صغیر کے مابین بظر سے نیچے اور منفذ مہبل سے اوپر ایک مثلث چکنی فضا ہوتی ہے، جسے VESTIBULE کہتے ہیں۔ اس کے وسط میں ثقبہ مجری بول ہوتا ہے جو بظر سے ایک انچ کے فاصلہ پر واقع ہے۔ اس میں لعابی غدد ہوتے ہیں اور اس کی سطح پر غشاء مخاطی کا استر ہوتا ہے۔

ثقبہ مجری بول URETHRAL MEATUS

اس کی وضع دہلیز الفرج کے پچھلے حصے میں بظر سے تقریباً ایک انچ نیچے مہبل کے کنارے کے قریب ہوتی ہے۔ اس پر غشاء مخاطی کا ایک ابھار سا ہوتا ہے۔

۱	رحم	UTERUS
۲	مثانہ	URINARY BLADDER
۳	لجام عانی	SYMRHYSIS PUBIS
۴	مہبل	VAGINA
۵	مقعد	RECTUM
۶		POUCH OF DOUGLAS

۲۔ اندرونی اعضاء تناسل

ثقبہ مہبل VAGINAL ORIFICE

یہ دونوں شفر صغیر کے درمیان احلیل کے نیچے واقع ہے۔ یہ پہلے مدور ہوتا ہے لیکن بعد میں بادامی شکل کا ہوجاتا ہے۔ مجامعت سے قبل یہ سوراخ پردہ بکارت سے بند رہتا ہے۔ اس کا صرف بالائی حصہ کسی قدر کھلا ہوا ہوتا ہے جس سے دم طمث خارج ہوتا ہے۔

غشار بکارت HYMEN

یہ ہلالی شکل کی باریک چنٹ ہے جو غشار مخاطی سے بنتی ہے اور ثقبہ مہبل کے زیریں حصہ پر اس طرح واقع ہے کہ اس کا مقعر کنارہ عانہ کی طرف اوپر کی جانب ہوتا ہے۔ یہ غشار بعض اوقات ثقبہ مہبل کو مکمل طور پر بند رکھتی ہے، لیکن عام طور پر پہلے جماع سے یہ شق ہو جاتی ہے، اور اس کے پھٹے ہوئے کنارے چھوٹے چھوٹے مدور ابھار کی شکل میں تبدیل ہوکر ثقبہ مہبل کو گھیر لیتے ہیں۔ بعض اوقات یہ غشار نہیں بھی ہوتی، اس لیے اس کا ہونا یا نہ ہونا بکارت کی قطعی دلیل ہرگز نہیں ہوسکتی۔

غدد برتھولین BARTHOLINE GLAND

ثقبہ مہبل کے مؤخر اور جانبی حصوں پر دائیں اور بائیں جانب مٹر کے برابر زرد سرخی مائل دو غدد ہوتے ہیں جو مردوں کے غدد ودی کے قائم مقام ہیں۔ ان کی نالیاں شفران صغیر میں کھلتی ہیں، جو تقریباً ایک انچ لمبی ہوتی ہیں۔ ان غدد سے زردی مائل چکنی رطوبت مترشح ہوتی رہتی ہے جس میں مباشرت کے وقت اور بھی اضافہ ہوجاتا ہے جس کے نتیجے میں مہبل میں چکناہٹ آجاتی ہے۔

عجان PERINEUM

یہ قید الفرج اور مقعد کے درمیان [illegible] جس کی لمبائی تقریباً ڈیڑھ انچ ہوتی ہے۔ وضع حمل کے دوران اگر احتیاط نہ برتی جائے تو یہ حصہ شق ہوجایا کرتا ہے۔

قیدالفرج FOURCHETTE

یہ شفران صغیر کے خلفی حصہ کا آخری سرا ہے جو ثقبہ مہبل کے پیچھے ہوتا ہے۔ یہ عام طور پر پہلی ولادت میں شق ہو جایا کرتا ہے۔

عروق و اعصاب

مذکورہ بالا اعضا میں شرائین، شریان استحیائی ظاہر - (EXTERNAL PUDENDAL ARTERY) اور شریان استحیائی غائر - (DEEP PUDENDAL ARTERY) سے آتی ہیں۔

بظر اور شفران صغیر کی وریدیں ظہر البظر - (POST DORSAL VEIN OF CLITORIS) میں تمام ہوتی ہیں لیکن غدد دہلیز کی وریدیں ضفیرہ مہبلہ - (VAGINAL PLEXUS) کے ذریعہ ورید حرقفی ظاہر (SUPERFICIAL ILIAC VEIN) میں جا کر ملتی ہیں۔

عروق جاذبہ، غدد اُربیہ (INGUINAL GLAND) اور غدد عانہ PUBIC GLAND میں جاتی ہیں۔

اعصاب

اعصاب شرکیہ (SYMPATHETIC NERVE) عصب تناسلی فخذی (PUBO-FEMORAL NERVE) اور عصب استحیائی اسفل (INFERIOR PUDENDAL NERVE) سے آتے ہیں۔

اندرونی اعضاء تناسل

یہ درج ذیل ہیں۔

مہبل VAGINA

یہ عضلی اور غشائی ساخت ہے جو ٹیوب کے شکل کی ہوتی ہے اور عنق الرحم سے شروع ہوکر بیرونی سوراخ پر ختم ہوجاتی ہے۔ یہ جوف عانہ میں معاء مستقیم اور مثانہ کے درمیان واقع ہے۔ اس کا درمیانی حصہ کشادہ اور مقدم و موخر حصہ تنگ ہوتا ہے۔

مجاورات

سامنے کی جانب۔ مثانہ
موخر جانب ¾ حصہ میں معاء مستقیم۔
بالائی حصہ میں صفاقی چنٹیں (PERITONEAL FOLDS)
پہلوی جانب۔ رباط عریض (BROAD LIGAMENT)
نیچے کی جانب۔ عضلہ رافعۃ المقعد اور شنہ رحمیہ مثانیہ۔

عروق و اعصاب

شرائین: ۱۔ شریان مہبلی (VAGINAL ARTERY)
۲۔ شریان استحیائی باطن (INT. PUDENDAL)
۳۔ شریان مثانی (URINARY BLADDER)
۴۔ شریان رحمی (UTERINE ARTERY)
وریدیں: ضفیرہ مہبلیہ (VAGINAL PLEXUS) میں ختم ہوتی ہیں۔
عروق جاذبہ: INGUINAL GLANDS میں ختم ہوتی ہیں۔
اعصاب: تیسری اور چوتھی SACRAL NERVE اور PUDENDAL NERVE

کی شاخیں آتی ہیں۔

رحم UTERUS

یہ جوف عانہ میں معاء مستقیم اور مثانہ کے درمیان واقع ہے۔ حمل کے علاوہ دیگر اوقات میں اس کی شکل امرود یا ناشپاتی جیسی ہوتی ہے۔ رحم، رباط عریض (BROAD - LIGAMENT) اور رباط مستدیر (ROUND LIGAMENT) کے ذریعہ اپنی وضع پر قایم رہتا ہے۔ رحم کا طول تقریباً تین انچ، عرض دو انچ اور دبازت ایک انچ ہوتی ہے۔ اس کا وزن ایک یا ½ ۱ آؤنس ہوتا ہے۔ رحم کے چار حصے ہوتے ہیں۔

قاع الرحم FUNDUS OF UTERUS

یہ رحم کا بالائی چوڑا اور محدب حصہ ہوتا ہے جو کسی قدر سامنے کی جانب جھکا ہوا اور صفاق (باریطون) سے ملفوف ہوتا ہے

جسم الرحم BODY OF UTERUS

یہ قاع الرحم اور عنق الرحم کے درمیان کا حصہ ہے جس کی مقدم چپٹی سطح بالائی ⅔ پر صفاق سے ملفوف ہوتی ہے اور مثانہ سے امعاء دقاق کے ذریعہ علاحدہ رہتی ہے۔ لیکن زیریں ⅓ مثانہ سے ملی ہوئی ہوتی ہے اس کی موخر سطح محدب ہوتی ہے اور صفاق سے مکمل طور پر ملفوف ہوتی ہے۔ اس کے بالائی جانب قاذف، زیریں اور سامنے کی جانب رباط مستدیر اور دونوں کے درمیان مبیض کا رباط چسپاں ہوتا ہے۔

جوف رحم UTERINE CAVITY

رحم کا یہ حصہ مثلث ہوتا ہے جس کا قاعدہ بالائی جانب اور زاویہ زیریں جانب ہوتا ہے قاعدہ کے دونوں جانب قاذف کا باریک سوراخ ہوتا ہے، اور زیریں جانب اس کا اندرونی سوراخ ہوتا ہے جسے فم رحمی (INTERNAL OS) کہتے ہیں۔ جوف رحم کا یہ حصہ درمیان میں نسبتاً کشادہ لیکن اطراف میں تنگ ہوتا ہے۔

عنق الرحم CERVIX

یہ رحم کا زیریں حصہ ہے جو مدور اور تنگ ہوتا ہے اس کے گرد جہبل کا بالائی حصہ محیط ہوتا ہے عنق الرحم کے بالائی سوراخ کو فم رحمی INTERNAL OS کہتے ہیں، جو باکرہ میں مدور ہوتا ہے لیکن بعد میں آڑا ہو جاتا ہے۔ اس کے مقدم اور موخر جانب دو لب ہوتے ہیں۔ اگلا لب دبیز اور پچھلا لب لمبا اور پتلا ہوتا ہے۔

عروق و شرائین: شریان رحمی (UTERINE ARTERY) شریان حرقفی باطن (INTENAL ILIAC ARTERY) کی شاخیں ہوتی ہیں۔ اور مبیض میں شریان اعظم (ABDOMINAL - AORTA) کی شاخیں ہیں۔

وریدیں: ضفیرہ رحمیہ (UTERINE PLEXUS) کی شاخیں ہیں۔

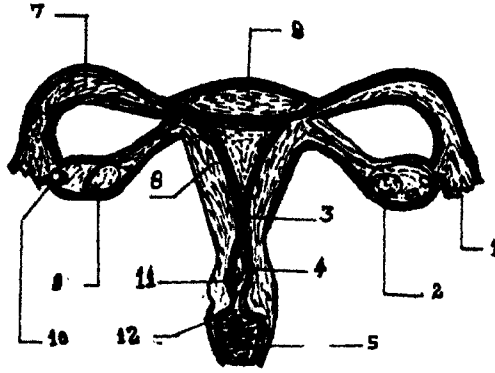
اعصاب: مبیض کے اعصاب، ضفیرہ مبیض (OVARIAN-PLEXUS) اور عجز کے تیسرے اور چوتھے اعصاب (SACRAL NERVE) سے آتے ہیں۔

قاذف FALLOPIAN TUBE

یہ دو پتلی نالیاں ہیں جو مادہ تولید کو مبیض سے رحم تک پہنچاتی ہیں۔ ان کی لمبائی تقریباً چار انچ ہوتی ہے۔ اور ان کا ایک سرا رحم کے پہلوی حصہ کے بالائی جانب اور دوسرا صفاق کے جوف میں کھلتا ہے۔ قاذف کا اندرونی نصف حصہ بہت تنگ ہوتا ہے، مگر بیرونی جانب یہ شہنائی مانند پھیلا ہوا ہوتا ہے جس کے سرے پر جھالر کی مانند بہت سے زوائد محیط ہوتے ہیں ان کو جسم مشرشر (FIMBRIA) کہتے ہیں ان زوائد میں سے ایک مبیض سے متصل رہتا ہے لیکن یہ اس وقت مبیض کا خاص طور پر احاطہ کرتا ہے جبکہ مادہ تولید مبیض سے گر کر اس میں آجاتا ہے۔

مبیض (خصیۃ الرحم) OVARY

ان کی تعداد دو اور شکل بیضوی ہوتی ہے (جو بادام سے مشابہ ہوتی ہے۔ ہر ایک کا طول

ڈیڑھ انچ عرض تا ۲ انچ اور دبازت ½ تا ۱ انچ ہوتی ہے اور وزن دو سے تین گرام تک ہوتا ہے۔

۳۔ اندرونی اعضائے تناسل

۱۔ جسم مشرشر	FIMBRIA
۲۔ جسم اصفر	CORPUS LUTEUM
۳۔ فم رحم	INTERNAL OS
۴۔ مجرائے عنق الرحم	CERVICAL CANAL
۵۔ مہبل	VAGINA
۶۔ قاع الرحم	UTERINE FUNDUS
۷۔	AMPULLA OF FALLOPIAN TUBE
۸۔ غشائے مبطن رحم	MYOMETRIUM
۹۔ بیض	OVARY
۱۰۔ حویصلہ	FOLLICLE
۱۱۔ عنق الرحم	CERVIX
۱۲۔ فم مہبل	EXTERNAL OS

دوسرا باب

مریضہ کا معاینہ

ہسٹری

مرض کی صحیح تشخیص اور علاج کے لیے معاینہ کے ساتھ مریضہ کی ہسٹری کے بارے میں بھی معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ لیکن نسوانی امراض کے بارے میں یہ امر ذرا مشکل ہے کیونکہ جب عورتوں سے ان کی تکلیفوں کے بارے میں سوال کیا جاتا ہے تو وہ اس کے بارے میں بتاتے ہوئے شرم محسوس کرتی ہیں، حالانکہ معالج کے لیے اس طرح کے سوالات کرنا ایک عادت سی بن جاتی ہے جس کا معالج پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ بر خلاف اس کے جب عورتوں سے ان کے ذاتی حالات یعنی طمث یا جنسی تعلقات کے بارے میں دریافت کیا جاتا ہے تو وہ صحیح طور پر بتا نہیں پاتیں۔ ایسی حالت میں معالج پر ذمہ داری عاید ہوتی ہے کہ وہ مریضہ کو اس طرح اعتماد میں لے کر وہ اپنے حالات صحیح طور پر تفصیل کے ساتھ بیان کرسکے۔

حالات سابقہ

مریضہ کے گذشتہ حالات کے بارے میں معلوم کرنا اُتنا ہی ضروری ہے جتنا کہ موجودہ شکایات کے بارے میں، کیونکہ اس وقت وہ جن تکالیف میں مبتلا ہے، ممکن ہے کہ اس کے گذشتہ حالات (طمثی، تناسلی اور جنسی افعال) کے بارے میں صحیح طور پر معلوم کرنے سے تشخیص میں مدد مل سکے، مثلاً یہ کہ اگر وہ اس سے قبل آتشک یا سوزاک (VENEREAL-

(DISEASES) میں مبتلا ہو چکی ہے تو اس کے اثرات اس وقت بھی موجود ہو سکتے ہیں جیسا کہ سوزاک کی مریضہ میں دیکھا گیا ہے کہ ان عورتوں میں عقر (STERILITY) اور جماع ابیض مزمن (CHRONIC LEUCORRHOEA) بطن کے زیریں حصہ میں درد۔ وجع الظہر (BACKACHE) اور جماع مولم (DYSPAREUNIA) کی شکایات اکثر پائی جاتی ہے۔ اسی طرح آتشک کی مریضہ میں بار بار اسقاط ہونے، اخداج (PREMATURE LABOUR) اور جہیز (STILL BIRTH) کی ہسٹری ملتی ہے۔

بعض اوقات گذشتہ حمل یا وضع حمل کے نتیجے میں بھی بہت سی تکلیفیں ہو سکتی ہیں۔ اسی طرح استقرار حمل کی تعداد، وضع حمل اور نفاس کی کیفیت سے بھی امراض کے بارے میں معلوم کیا جا سکتا ہے۔

سیلان مرضی، دحاق (نتور) اعضاء تناسل، انقلاب الرحم، میلان رحم جیسے بعض عوارض ایسے ہیں جن کا تعلق گذشتہ وضع حمل سے ہو سکتا ہے اور اس کے نتیجے میں یہ تکلیفیں بھی ہو سکتی ہیں۔

موجودہ شکایات

عام طور پر نسوانی امراض میں تین اہم عوارض ہوا کرتے ہیں۔ جریان دم، درد اور سیلان خواہ یہ عوارض ایک ساتھ ہوں یا ان میں سے کوئی ایک۔ چونکہ نظام بول اس سے متعلق ہوتا ہے اس لیے نسوانی امراض کے ساتھ ساتھ بولی عوارض بھی ہوا کرتے ہیں لہذا ان سب کے بارے میں تفصیل کے ساتھ معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔

جریان دم BLEEDING

جریان دم کا تعلق طمث سے بھی ہو سکتا ہے اور یہ صورت غیر طمثی بھی ہو سکتی ہے۔ غیر طمثی جریان دم رحم سے بھی ہو سکتا ہے اور رحم کے علاوہ عنق الرحم۔ مہبل۔ مثانہ یا مقعد سے بھی بعض اوقات مریضہ بول الدم (HAEMATURIA) یا مقعد سے ہونے والے نزف کو مہبلی نزف سمجھ لیتی ہے۔ لہذا اس کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہیے تاکہ نزف کے صحیح مقام کا پتہ لگ سکے۔ اگر جریان دم کا تعلق طمث سے ہو تو اس کے بارے میں معلوم کرنا چاہیے۔ غیر متواتر

ہونے کی کیفیت معلوم کی جائے۔ دورہ طمث کی مدت معلوم کرنے کے لیے طمث کے پہلے دن سے دوسرے طمث کے پہلے دن تک کی مدت شمار کی جائے۔ اس مدت کے دوران چند دنوں بلیڈنگ ہوتی ہے اور باقی دنوں میں نہیں ہوتی۔ ہر طمثی دور کے دوران مبیض سے مترشح ہونے والے ہارمونز کے نتیجے میں غشا مبطن رحم کی نشوونما ہوتی ہے اور پھر اس کے بعد EXFOLIA-TION ہوتا ہے۔ اس لیے طمث میں بے ضابطگی کے دو ہی اسباب ہوسکتے ہیں اول غشار مبطن رحم (ENDOMETRIUM) کی گردش میں خلل دوسرے اس کی پرت کا اخراج یعنی EXFOLIATION میں خلل کا ہونا۔ طمث کے دوران خارج ہونے والے خون کے بارے میں بھی معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ بعض عورتیں دن میں کئی کئی بار پیڈ تبدیل کرنے کی عادی ہوتی ہیں۔ حالانکہ خون کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی کہ پیڈ پوری طرح تر ہوجائیں۔ لہٰذا پیڈ کی تعداد معلوم کرتے وقت یہ بھی معلوم کرنا چاہیے کہ وہ ہر بار تر ہوجاتا ہے یا نہیں۔ اگر خون کے بڑے بڑے تھکے خارج ہوتے ہیں تو یہ زیادتی طمث کی علامت ہوا کرتی ہے۔ اگر ایک عرصہ تک مسلسل جریان دم ہو تو عام طور پر یہ صورت رحم کے افعال کی خرابی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ بعض اوقات جریان دم کا سبب اسقاط، حمل منتبذ (خارج رحم استقرار حمل) (ECTOPIC PREGNANCY) سرطان عنق الرحم یا سرطان جھلی FIBROID یا بولیب مخاطی URETHRAL CARUNCLE یا VASCULAR EROSION بھی ہوا کرتا ہے۔

درد PAIN

نسوانی امراض کے نتیجے میں درد عموماً بطن کے زیریں حصے یا پشت، کمر کے نچلے حصے یا عجزی (SACRAL) حصے میں ہوتا ہے درد کی ابتدا، نوعیت، طمث اور مباشرت سے اس کا تعلق معلوم کرنے سے تشخیص میں کافی مدد مل سکتی ہے۔ چنانچہ یہ دیکھا گیا ہے کہ شق ہوجانے والے حمل منتبذ میں درد یک بارگی شروع ہوتا ہے جو شدید قسم کا اور بطن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے۔ التہاب زایدہ حاد (ACUTE APPENDICITIS) ورم قاذفین حاد، کیسہ رحمی، یا SUBSERVOUS FIBROMYOMA کے PEDICLE میں یا HYDROSALPINX میں بل پڑ جانے کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوسکتی ہے۔

التہاب عانہ ENDOMETRIOSIS' رحم یا مبیض (خصیۃ الرحم) میں ہونے والی نئی گروتھ میں درد بطن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے۔ جو مزمن اور DULL ہوتا ہے۔ ابتدائی عسر طمث تشنجی میں درد طمث شروع ہونے سے ایک دن قبل یا طمث شروع ہونے کے ساتھ ہی شروع ہوتا ہے اور چند گھنٹوں یا دو ایک دن میں ختم ہو جاتا ہے۔ طمث شروع ہونے سے قبل شدید قسم کا درد جو طمث شروع ہونے کے بعد بتدریج کم ہوتا جائے عام طور پر عانہ میں ہونے والے اجتماع دم کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے، اور یہ اجتماع دم عانہ میں ہونے والے التہاب یا کسی نئی گروتھ (سلعہ) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اجتماع دم کی وجہ سے ہونے والا درد جو طمث کے شروع ہونے سے قبل ہوتا ہے اور طمث کی مکمل مدت یا اس کے بعد بھی کئی دنوں تک باقی رہتا ہے۔ PELVIC ENDOMETRIOSIS کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

جماع مولم (DYSPAREUNIA) کے نتیجے میں ہونے والا درد یا تو منفذ (INTROIT US) پر ہوتا ہے یا دخول کے بعد بطن کے زیریں حصہ میں محسوس کیا جاتا ہے۔ اول الذکر کا سبب عام طور پر ہیجان اور LAVATOR ANI کا انقباض ہوا کرتا ہے۔ لیکن زیادہ تر عورتوں میں اس کا سبب نفسیاتی ہی ہوتا ہے اور عام طور پر یہ صورت خوف اور نفرت کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔

التہاب عانہ PELVIC ENDOMETRIOSIS اور RETROVERSION کی حالت میں وجع الظہر ایک مستقل علامت ہوا کرتی ہے۔ بعض عورتیں وضع حمل کے بعد عجزی عصعصی یا قطنی عجزی تناؤ کے نتیجے میں بھی اس مرض میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔

سیلان DISCHARGE

عورتوں کو یہ شکایت اکثر ہو جایا کرتی ہے۔ لہٰذا اس کی نوعیت کے بارے میں معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ اس کی ابتدا، اس کی کیفیت یعنی رک رک کر تا ہے یا دورے کی شکل میں یا مسلسل ہے؛ مائی ہے یا مخاطی — مخاطی قیحی یا قیحی یا خون آمیز۔ اس میں بو تو نہیں؟ رک رک کر دورے کی شکل میں ہونے والا مخاطی سیلان عام طور پر طمث سے قبل یا اس کے بعد عنق الرحم سے ارتشاح بڑھ جانے کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ بعض اوقات شدید قسم کا مخاطی یا مخاطی قیحی سیلان زچگی کے بعد عنق الرحم کے انشقاق، ECTROPION ENDOCERVICITIS

یا تا کل (EROSION) کے نتیجے میں ہوتا ہے۔سوزاک حاد یا اسقاط کے بعد ہونے والی عفونت میں بھی سیلان ہوتا ہے۔اگر اس میں بدبو بھی ہو تو اس سے عنق الرحم یا مہبل میں زخم کے ہونے کا پتہ چلتا ہے۔یہ زخم عنق الرحم کے کینسر، پڑی رہ جانے والی پسری یا جسم غریب (FORE-IGN BODY) کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

مندرجہ بالا عوارض کے علاوہ بعض عورتوں میں بولی عوارض بھی ہوتے ہیں، چنانچہ سوزش کے ساتھ پیشاب کا بار بار ہونا عام طور پر سوزاک کی وجہ سے ہوتا ہے۔اس کے علاوہ URETHRAL CARUNCLE ہیوط غشار مخاطی مجری بول اور حماۃ مجری بول میں بھی پیشاب تکلیف کے ساتھ بار بار ہوتا ہے فتق مثانی (CYSTOCELE) کی حالت میں مثانہ کے خالی ہو جانے کے بعد تکلیف کا احساس ہوتا ہے۔اور ایسی حالت میں پیشاب کے اکٹھا رہنے کی وجہ سے تعدیہ ہو جاتا ہے۔جو بار بار التہاب مثانہ (CYSTITIS) کا سبب بنتا ہے۔

بطنی معائنہ ABDOMINAL EXAMINATION

نظری معائنہ

معائنہ کے وقت مریضہ کا خلو مثانہ کی حالت میں ہونا بہت ضروری ہے۔ورنہ بھرا ہوا مثانہ بطن و مہبل کا معائنہ کرتے وقت اکثر رکاوٹ و پریشانی کا سبب بنتا ہے۔معائنہ کے لیے مریضہ کو پشت کے بل اس طرح لٹایا جائے کہ اس کا بطن پسلیوں تک کھلا ہوا ہو تا کہ زیر ناف کی تقسیم اور LINEA ALBA کے اردگرد، یا بطن پر ہونے والے غیر طبعی گروتھ کا پتہ لگ سکے۔ (عورتوں میں مو زیر ناف کا اوپری کنارہ محدب ہوتا ہے۔اور LINEA ALBA کے اردگرد بال نہیں ہوتے) اگر کسی آپریشن کا نشان ہو تو اس کے بارے میں بھی معلوم کیا جائے۔

بطن کے بڑھے ہوئے ہونے کے چار اسباب ہو سکتے ہیں۔(۱) سلعہ (ٹیومر) (۲) سیال (۳) نفخ ریحی (۴) سمن مفرط۔ٹیومر کی حالت میں بطن کا ابھار گیند نما ہوتا ہے جبکہ سیال کی حالت میں درمیانی حصہ کی بہ نسبت کوکھے زیادہ ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔نفخ ریحی میں منبسط وریدیں نظر آتی ہیں۔

تجسس PALPATION

اس کے لیے یہ بات ذہن میں رکھنی چاہیے کہ بطن کو انگلیوں کے کنارے سے محسوس نہ کیا جائے ورنہ عضلات میں انقباضی کیفیت پیدا ہونے کی وجہ سے محسوس کرنے میں دقت ہوتی ہے۔ بہتر یہی ہے کہ ہاتھ کو بطن پر پوری طرح پھیلا کر رکھا جائے۔ بطن کا زیریں حصہ محسوس کرنے سے قبل کبد، مرارہ، طحال اور کلیہ کی کیفیت بھی معلوم کی جائے۔ بطن کے زیریں حصہ کو محسوس کرتے وقت HYPOGASTRIC REGION اور ILIAC FOSSAE میں نرمی، سختی اور ورم کے بارے میں معلوم کیا جائے۔ اگر TENDERNESS کے ساتھ سختی بھی ہو تو اس سے ورم حاد کا پتہ چلتا ہے ٹیومر نہ تو نرم ہوتے ہیں اور نہ ان میں سختی ہوتی ہے تاوقتیکہ ان میں ثانوی تبدیلی نہ پیدا ہو جائے

اگر بطن کے زیریں حصہ میں ورم ہو تو اس کی کیفیت کے بارے میں معلوم کیا جائے۔ اگر ورم التہاب قاذف (SALPINGITIS) التہاب باریطون رحمی (PERIMETRITIS) ورم مجاورات رحم (PARAMETRITIS) کے نتیجے میں ہو تو وہ پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اس کے کنارے نمایاں نہیں ہوتے۔ ورم میں زود حسی اور صلابت عام طور پر پائی جاتی ہے لیکن نئی گروتھ کے نتیجے میں ہونے والا ورم بخوبی معلوم کیا جا سکتا ہے۔

بڑھا ہوا رحم عام طور پر HYPOGASTRIC REGION میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اس کی سطح ہموار یا گرہ دار ہوتی ہے۔ یہ نرم یا سخت ہوتا ہے۔ اسے حرکت دی جا سکتی ہے یا FIX ہوتا ہے۔ رحمی سلعات اگر چھوٹے ہوں تو جانبی حصہ میں محسوس کیے جا سکتے ہیں۔ لیکن بڑے ہوں تو پورے بطن میں ان کا ورم پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اس کے کنارے بخوبی معلوم کیے جا سکتے ہیں اور سطح گرہ دار ہوتی ہے۔ لیکن چھوٹے ٹیومر جن میں PEDICLE ہوں انھیں بآسانی حرکت دی جا سکتی ہے۔

قرع۔ PERCUSSION

بہتر یہی ہے کہ یہ عمل پہلے پسلیوں سے شروع کر کے نیچے کے جانب کیا جائے۔ تاکہ تفریق بآسانی

کی جا سکے۔ رحمی MYOMATA یا کیسہ ہونے کی حالت میں میں قرع کرنے پر آواز DULL ہوگی لیکن کوکھ پر آواز RESONENT ہوگی۔ اگر استسقاء، سلعات خبیثہ یا التہاب باریطون کے نتیجے میں ہو تو ایسی صورت میں قرع کرنے پر آواز TEMPANIC ہوگی

دودستی معائنہ BIMANUAL EXAMINATION

اس معائنہ کے لیے مریضہ کو پشت کے بل لٹایا جائے۔ معائنہ کرنے والا مریضہ کی داہنی جانب کھڑا ہوا اور اپنے ہاتھ کو معائنہ کے لیے استعمال کرے۔ پہلے مہبل میں سبابہ اور وسطی کو داخل کرکے مہبل کی لمبائی معلوم کی جائے اگر مہبل کی لمبائی کم ہے تو اس سے اعضاء تناسل کی نامکمل بالیدگی کا پتہ چلتا ہے۔ اگر عنق الرحم دراز ہو یا مہبل میں کوئی گرہ ہو تو انگلیوں کو پوری طرح داخل کرنا مشکل ہوگا۔

مہبل کے بعد عنق الرحم کے مہبلی حصہ کو محسوس کیا جائے۔ یہ عام حالت میں گرہ کی مانند محسوس ہوتی ہے، لیکن اگر اس میں ورم ہو تو اس کا رخ، سائز، شکل، سطح، بناوٹ اور حرکت کے بارے میں معلوم کرنا چاہیے۔ عنق الرحم کا رخ عام طور پر نیچے اور پشت کی جانب ہوتا ہے۔ اگر POUCH OF DOUGLAS میں کوئی ورم ہو تو عنق الرحم سامنے کی جانب آجاتی ہے اور لحام عانی کے پیچھے مشکل سے محسوس کی جاسکتی ہے۔ یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ عنق الرحم کی وضع سے رحم کے بارے میں کوئی رائے نہیں قائم کی جاسکتی۔ فطری نمویافتہ عنق الرحم بیلن کی طرح، اور غیر فطری نمویافتہ مخروطی ہوتا ہے۔ عنق الرحم کی سطح، قدامی اور خلفی لب عموماً چکنے ہوتے ہیں۔ فم مہبلی درمیان میں ہوتا ہے۔ معدوم الحمل (NULLI PARA) عورتوں میں اس کی شکل مدور ہوتی ہے۔ اور صحیح طور پر نمو نہ ہونے کی صورت میں یہ بہت چھوٹی اور تنگ ہوتی ہے۔ کثیر الحمل عورتوں میں یہ ایک شگاف کی مانند ہوتی ہے۔ اگر عنق الرحم میں انشقاق، زخم یا تاکل ہو تو اس کی سطح ناہموار ہوا کرتی ہے۔ طبعی عنق الرحم ٹھوس ہوتی ہے۔ لیکن حمل کے دوران یہ نرم ہو جاتی ہے۔

یا کسی دوسری نئی گرہ ہونے کی حالت میں سخت، اور کینسر ہونے کی حالت میں نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والی ہوتی ہے۔ عنق الرحم کی حرکت کے بارے میں اسے ایک جانب سے دوسری جانب اور اوپر سے نیچے کی جانب بہت آہستہ سے حرکت دے کر معلوم کیا جاسکتا ہے طبعی حالت میں اسے حرکت دینے سے مریضہ کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن اگر وہ ورم مجاوراتِ رحم یا کینسر کے نتیجے میں ہونے والے INFILTRATION کے نتیجے میں جزوی یا کلی طور پر چپاں ہو تو

اس کی حرکت محدود اور تکلیف دہ ہوتی ہے۔

عنق الرحم کے بعد جسم رحم کو محسوس کرنا چاہیے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مہبل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کے سروں کو ANTERIOR FORNIX کی جانب اور دوسرے ہاتھ کی انگلیوں کو HYPOGASTRIC REGION پر پھیلا کر رکھا جائے۔ اگر رحم میں میلان قدامی (ANTEVERSION) ہے تو اس طرح معائنہ کرنے پر وہ دونوں انگلیوں کے درمیان ایک ٹھوس ورم کی مانند محسوس ہوگا۔ اگر RECTI کو فربہی یا نفخ کے نتیجے میں محسوس کرنے میں دقت ہو تو مہبل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کے سروں سے کے ذریعہ فم مہبل کو دبایا جائے تاکہ رحم بطن کی دیوار کی جانب آسکے۔ یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ قدامی FORNIX میں صرف میلان ہی کو محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ خلفی FORNIX سے میلان قدامی اور میلان خلفی دونوں ہی محسوس کیے جا سکتے ہیں۔

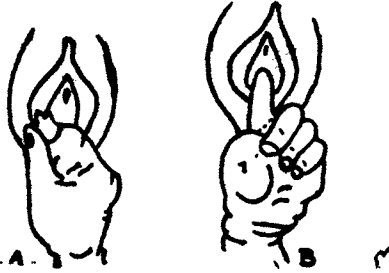
رحم کی وضع کے ساتھ ساتھ اس کا سائز، بناوٹ، سطح، ماہیت اور حرکت کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہیے۔ صحیح طور پر نشوونما نہ ہونے کی حالت میں رحم کا سائز کم زیادہ ہوسکتا ہے۔ بعض اوقات یہ طبعی رحم سے تھوڑا اکھوڑ اور بعض اوقات بہت چھوٹا ہوتا ہے۔ التہاب، نئی گروتھ اور اس کے جوف میں قیح یا خون ہونے کے نتیجے میں بھی اس کا سائز بڑھ جاتا ہے۔ اسی طرح مختلف اسباب وحالات کے نتیجے میں شکل اور سطح میں تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ چنانچہ حمل کی حالت میں اس کا سائز تو بڑھتا ہے لیکن سطح ایک ہی جیسی ہوتی ہے اور MULTIPLE FIBROMYOMATA ہونے کی حالت میں سطح ناہموار اور گرہ دار ہوتی ہے۔ اور شکل مکمل طور پر بگڑی ہوئی ہوتی ہے۔

طبعی رحم ٹھوس ہوتا ہے لیکن حمل کے دوران وہ نرم اور لچکدار ہو جاتا ہے۔ اور فائبروسس یا نئی گروتھ ہونے کی حالت میں سخت ہوتا ہے۔ رحم کی حرکت معلوم کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ اسے ایک جانب سے دوسری جانب اور اوپر سے نیچے حرکت دی جائے۔ اگر رحم اپنے مجاورات سے چسپاں ہو جیسا کہ التہاب قاذفین، التہاب غشاء الرحم یا کینسر کی حالت میں ہوتا ہے، تو اس کی حرکت محدود ہوتی ہے۔ رحم میں ہونے والے ٹیومر کو ہر سمت بخوبی حرکت دی جاسکتی ہے۔ جب رحم دونوں جانب کے سلعات مبیضی سے گھرا ہوا ہو تو عنق الرحم میں حرکت اتنی آسانی سے نہیں ہو پاتی جیسا کہ سلعات رحمی میں ہوا کرتی ہے۔

مہبل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کو پہلے ایک جانب کے FORNIX پھر دوسری جانب کے

FORNIX کی طرف موڑ کر قاذف اور بیض (خصیۃ الرحم) کو محسوس کیا جاسکتا ہے۔ طبعی قاذف کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور عام طور پر انھیں محسوس نہیں کیا جاسکتا، لیکن جب ورم کی وجہ سے ان میں دبازت آجائے یا خون یا رطوبت اکٹھا ہو جائے تو انھیں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسی طرح طبعی مبیض (خصیۃ الرحم) محسوس کی بھی جاسکتی ہے اور نہیں بھی۔ بائیں جانب کے مبیض کے قریب SIGMO-ID COLON ہونے کی وجہ سے اس کی بہ نسبت داہنے جانب کی مبیض کو بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے انھیں دیوار عانہ کے جانبی حصے کے قریب TENDER اور چھوٹے بادام کی شکل میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔

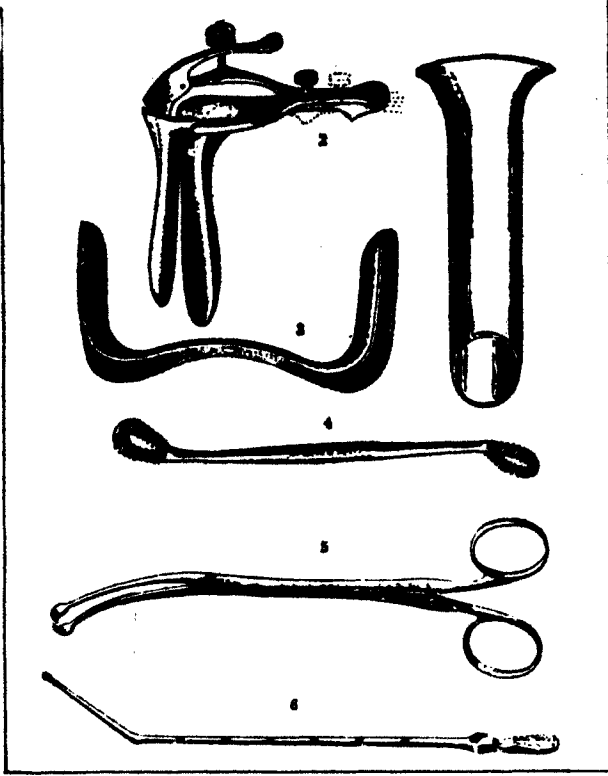
منظار کے ذریعہ معائنہ

منظار (SPECULUM) کے ذریعہ معائنہ کرنے سے قبل شفران کو علاحدہ کر کے

A- Palpation of Bartholins Gland

B- Palpation of Urethra

۴۔ غدد بار تو لین اور مجرائے بول کی کیفیت معلوم کرنا۔

منفذ کا معائنہ کیا جائے۔ مقامی نقص ساخت مثلاً غشاء بکارت اور مہبل کی کیفیت معلوم کی جائے۔ اگر غدد بار تو لین بڑھے ہوئے ہوں تو انھیں بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ مجرائے بول کی کیفیت بھی معلوم کی جائے تاکہ کسی بھی التہاب یا سلعہ کے بارے میں معلوم ہو سکے۔

منظار کی بہت سی قسمیں ہوتی ہیں لیکن BIVALVE کا استعمال زیادہ بہتر ہے کیونکہ یہ تکلیف دہ نہیں ہوتا۔ منظار کے ذریعہ عنق الرحم کی کیفیت معلوم کرنی چاہیے۔ معدوم الحمل

۵۔ منظار اور دیگر آلات

(NULLIPAROUS) نہ ہونے کی حالت میں رحم کی صحیح طور پر نمو (ڈیولپ) عورتوں میں فم مہبلی مدور ہوتا ہے۔ عنق الرحم مخروطی ہوتی ہے۔ فم رحم بہت چھوٹا اور تنگ ہوتا ہے کثیر الحمل عورتوں میں فم مہبلی ایک آڑے شگاف کی مانند نظر آتا ہے۔ اگر وضع حمل کے دوران عنق الرحم شق ہو گیا ہو تو یہ انشقاق جانبی FORNIX تک نظر آتا ہے۔ ان کے کنارے باہر کی جانب مڑے ہوئے ہوتے ہیں جیسے ECTRODION کہا جاتا ہے۔ بعض اوقات ایسا نہیں بھی ہوتا۔ عنق الرحم میں پائی جانے والی عام مرضی صورت تاکل (EROSION) ہے جو عنق الرحم کے مقدمی یا موخری حصہ یا دونوں لبوں پر سرخ ایریا کی شکل میں نظر آتا ہے۔ یہ چکنا، مخمل کی مانند یا PAPILLARY ہوتا ہے منظار یا پر دب کے چھو جانے سے اس سے نزف نہیں ہوتا۔ بعض اوقات عنق الرحم یا مہبل پر خبیث (MALIGNANT) یا غیر خبیث (BENIGN) زخم ہو سکتے ہیں۔ ان دونوں میں فرق یہ ہے کہ خبیث زخم کو ذرا سا بھی چھو دینے سے اس میں سے خون نکلنے لگتا ہے اور وہ نازک اور

آسانی سے لوٹنے والا ہوتا ہے۔

جوف رحم کی لمبائی اور وضع معلوم کرنے کے لیے UTERINE SOUND استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات رحم کے میلان خلفی (RETROVERSION) کو درست کرنے کے لیے بھی UTERINE SOUND کی مدد لی جاتی ہے۔

مقعدی بطنی RECTO-ABDOMINAL معائنہ

یہ معائنہ اس وقت کیا جاتا ہے جبکہ دودستی معائنہ ممکن نہ ہو جیسا کہ باکرہ یا غشاء بکارت کے غیر مثقوب ہونے یا مہبل کی عدم موجودگی کی حالت میں ہوتا ہے۔ معائنہ کے اس طریقے میں POUCH OF DOUGLAS اور رباط عریض BROAD LIGAMENT بہت آسانی کے ساتھ محسوس کیے جا سکتے ہیں۔ چنانچہ POUCH OF DOUGLAS میں ورم ہونے کی حالت میں، یا سرطان رحم کی حالت میں معائنہ کے لیے یہی طریقہ بہتر ہے۔ انقلاب رحم (INVERSION) کی حالت میں یہ طریقہ مہبلی معائنہ کی بہ نسبت زیادہ معاون ثابت ہوتا ہے۔

تیسرا باب

عورتوں کی زندگی کے مختلف دور

شباب ADOLESCENCE (PUBERTY)

یہ عورت کی زندگی کا وہ زمانہ ہے جبکہ وہ بچپن سے بلوغت کے دور میں داخل ہوتی ہے۔ یہ زندگی کا انتہائی اہم زمانہ ہوتا ہے جبکہ بہت سی جسمانی اور ذہنی تبدیلیاں وجود میں آتی ہیں پہلا طمث جسے MENARCH کہا جاتا ہے اسی دور میں ہوتا ہے جسمانی نمو اور جنسی بلوغت کے نتیجے میں جذباتی اور نفسیاتی تبدیلیاں وجود میں آتی ہیں جو ذہنی توازن کو اس وقت تک برقرار رکھنے کے لیے بہت اہمیت کی حامل ہوتی ہیں تاوقتیکہ سن یاس شروع نہ ہو جائے۔

اس دور میں ہونے والے جسمانی تغیرات پیچیدہ ہوتے ہیں۔ اور ان کا انحصار نظام باطن الافراز (ENDOCRINE SYSTEM) کے علاوہ بہت سے دوسرے امور پر بھی ہے۔ مثلاً بچپن میں تغذیہ کی کیفیت۔ سن بلوغ سے قبل اور دوران، طویل علالت، اور بعض اوقات آب و ہوا کا بھی اثر پڑتا ہے یہی وجہ ہے کہ ایک ہی ماں باپ کے تمام بچوں کی ذہنی صلاحیت ایک جیسی نہیں ہوتی۔ اس کے برخلاف اعضاء تناسل کے نقص نمو کا عام سبب نقص تغذیہ ہی ہوا کرتا ہے جس کے نتیجے میں طبعی نشوونما میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اس دور میں ہونے والی جسمانی تبدیلیاں چار قسم کی ہوتی ہیں۔

۱۔ اعضاء تناسل میں ظاہر ہونے والی تبدیلیاں

اس دور میں شفران کبیر گنبد نما ہو جاتے ہیں اور اس کے اوپر چربی تہہ بن جاتی ہے جسے لحام عانی کہا جاتا ہے۔ مہبل کی لمبائی اور چوڑائی بڑھ جاتی ہے FORNICESS گہرے ہو جاتے ہیں اور وہاں کی غشاء مخاطی جھری دار ہو جاتی ہے۔ اس کی بشرہ (EPITHELIUM) میں بہت سی تہہ

آجاتی ہیں اور اس کے خلیات میں گلائیکوجن اکٹھا ہونے لگتا ہے VAGINAL FLORA میں بھی بہت سی اہم تبدیلیاں واقع ہوتی ہیں۔ بچپن میں اس میں DODERLEIN BACILLI نہیں ہوتے بلکہ GRAM POSITIVE اور DIPLO COCCI ہوتے ہیں۔ لیکن اس زمانے میں اس میں تبدیلی آجاتی ہے۔ مہبل کی رطوبت میں تیزابیت پیدا ہوجاتی ہے اور DODERLEIN BACILLI بھی پیدا ہوجاتے ہیں۔

رحم اور عنق الرحم میں بھی اہم تبدیلیاں ظاہر ہوتی ہیں۔ بچپن میں عنق الرحم، جسم رحم سے بڑا ہوتا ہے۔ لیکن اس دور کے شروع ہوتے ہی اس میں تبدیلی شروع ہوجاتی ہے اور ۱۴ سال کی عمر میں جسم رحم، سے زیادہ طویل ہوجاتا ہے۔

پہلے طمث کے وقت ایسٹروجن کے اثرات کے نتیجے میں غشا مبطن رحم کے خلیات میں تکثر PROLIFERATION شروع ہوجاتا ہے۔ پہلے طمث کے بعد کچھ عرصہ تک طمث تبویض OVULATION کے بغیر ہوتا ہے اور جسم اصفر کی غیر موجودگی کی وجہ سے غشا مبطن رحم (ENDOMETRIUM) کا ارتشاح معدوم ہوتا ہے۔ عنق الرحم کی بشرہ میں تبدیلی ہونے کے نتیجے میں ENDOCERVIX پر غدد آجاتے ہیں۔

۲۔ ثانوی جنسی تبدیلیاں

سب سے پہلے شعران کبیر پر بال نکلتے ہیں اس کے بعد عانہ اور بغل میں بھی بال نکل آتے ہیں لیکن، ANDROGEN اور ایسٹروجن کے توازن کے برقرار رہنے کی وجہ سے جسم کے دوسرے حصہ پر بال نہیں نکلتے۔

پستان میں ظاہر ہونے والی تبدیلیاں جلد ظاہر ہوتی ہیں تقریباً دس سال کی عمر میں نپل جو پہلے چپٹا ہوتا ہے، ایک چھوٹے 'CONE' کی شکل میں ابھرتا ہے جس کے سرے پر AREOLA بھی ہوتا ہے۔ 'CONE' دھیرے دھیرے ابھرتا جاتا ہے اور آخر میں مدور ہو جاتا ہے۔ اس عمر میں پستان کے اندر صرف شحم اور نالیاں ہوتی ہیں لیکن جب تبویض کے بعد طمث شروع ہوتا ہے تو PROGESTERONE کے اثرات کے نتیجے میں غدد بھی آجاتے ہیں۔

۳۔ عظمی تبدیلیاں

قد اور وزن تیزی کے ساتھ بڑھنے لگتا ہے۔ کولہے چوڑے ہونے لگتے ہیں۔ کولہوں پر شحم اکٹھا ہونے لگتا ہے۔ زنانہ یا مردانہ عانہ کے بننے کا انحصار ایسٹروجن اور ANDROGEN کے تناسب پر ہوتا ہے۔

۴۔ عام تبدیلیاں

جس طرح جنسی تبدیلیوں کا انحصار متوازن نظام باطن الافراز (ENDOCRINE - SYSTEM) کے علاوہ دوسرے امور پر ہے اسی طرح انفرادی ماحول کا بھی اس پر کافی اثر پڑتا ہے۔ چنانچہ اگر زندگی کے اس دور میں لڑکیوں کی صحیح طور پر رہنمائی کی جائے تو وہ بغیر کسی ذہنی خلل کے نسوانیت کو پوری طرح قبول کر لیتی ہیں اور اپنی عملی زندگی میں اپنے تمام جذبات و خواہشات پر توازن کے ساتھ قابو رکھتی ہیں۔ لیکن بدقسمتی سے موجودہ دور میں لڑکیوں کی صحیح طور پر رہنمائی ہو نہیں پاتی جس کے نتیجے میں ان کی زندگی میں خوف و ہراس کے عناصر شامل ہو جاتے ہیں اور وہ جنس، حمل، اور وضع حمل میں ہونے والی تبدیلیوں میں اپنے آپ کو ADJUST نہیں کر پاتی۔ لہٰذا اس بات کی ضرورت ہے کہ انھیں اس دور میں ہونے والی جسمانی تبدیلیوں سے نہ خوفزدہ کیا جائے اور نہ چشم پوشی کی جائے۔ کیونکہ یہ دور ایسا ہوتا ہے جبکہ کردار اور شخصیت کی تخلیق ہوتی ہے۔ اس لیے ایسے وقت میں والدین کی جانب سے صحیح رہنمائی نسوانیت کو بہت اعتماد کے ساتھ قبول کرنے کے لیے معاون ثابت ہوتی ہے۔

اس دور میں ہونے والے ابتدائی عسر طمث اور دیگر طمثی عوارض کے لیے بہت زیادہ دوائیں استعمال کرانے سے پرہیز کیا جائے صرف شدید قسم کے FUNCTIONAL BLEEDING کا علاج ہارمونز کے ذریعہ کیا جائے MALE HORMONES قطعی استعمال نہ کرائے جائیں اور نہ ایسٹروجن ہی زیادہ دنوں تک دیا جائے کیونکہ اس کا اثر غدہ نخامیہ کے افعال پر ہوتا ہے۔ عموماً ان کے علاج کے لیے صرف فولاد کے مرکبات اور B.COMPLEX ہی کافی ہے۔

سن بلوغ کے دوران ظاہر ہونے والے عوارض

PRECOCIOUS PUBERTY

جب ۸ سال سے کم عمر کی بچی میں ثانوی علامتیں ظاہر ہونے لگتی ہیں اور طمث شروع ہو جاتا ہے تو ایسی حالت میں PRECOCIOUS PUBERTY کہا جاتا ہے۔ بعض بچیوں میں اس سے کم عمر میں بھی طمث دیکھا گیا ہے۔ طمث شروع ہونے سے جنسی بلوغت کا پتہ چلتا ہے۔ ان بچیوں میں ثانوی جنسی تبدیلیاں بھی موجود ہوتی ہیں۔

بعض اوقات بیض کے GRANULOSA CELLTUMOUR سے ایسٹروجن کے کثرت ارتشاح کے نتیجے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ ٹیومر اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ انھیں معائنہ کے وقت محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ بعض اوقات HYPOTHALMIC یا ADRENAL TUMOUR بھی اس کا سبب ہوتے ہیں۔ لیکن ایسا بہت ہی کم ہوتا ہے۔

بعض بچیوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ ثانوی علامتیں تو ظاہر ہوتی ہیں لیکن طمث نہیں شروع ہوتا یا غیر منظم طریقے پر سرخ رنگ کی رطوبت خارج ہوتی ہے لیکن ثانوی علامتیں نہیں ہوتیں۔ اس لیے بہتر یہی ہے تخذیر عمومی کے بعد معائنہ کر کے جریان دم کا صحیح سبب معلوم کیا جائے۔ اس طرح سے جنسی اعضاء کی بلوغت، مبیض میں ہونے والی نئی گروتھ مہبلی زخم یا مہبل میں ہونے والی نئی گروتھ کے بارے میں معلوم ہو جائے۔

بلوغت کا معدوم ہونا

یہ صورت غدد باطن الافراز (ENDOCRINE) کی خرابیوں کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ جیسا کہ LORAIN'S SYNDROME یا CRETINISM میں دیکھا گیا ہے۔ اسی طرح ADRENAL CORTEXTUMOUR کے نتیجے میں نہ صرف یہ کہ بلوغت رک جاتی ہے بلکہ مردوں جیسی علامتیں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔

بلوغت میں تاخیر

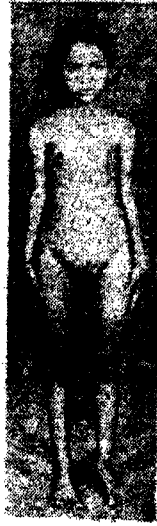
اگر ۱۷ سال کی عمر کے بعد بھی طمث شروع نہ ہوا ہو تو اسے DELAYED PUBERTY تصور کیا جاتا ہے۔ اگر غیر صحتمند ذہنی اور جسمانی ماحول یا بعض امراض کے نتیجے میں طمث تاخیر سے شروع ہو تو ان لڑکیوں میں ثانوی علامتیں بہر حال نمایاں طور پر موجود ہوتی ہیں۔ غذا کی کمی، تھکا دینے والی جسمانی محنت، ذہنی تکان، شدید قسم کا انیمیا، ٹی بی، مزمن ملیریا اور اسی طرح کے دیگر اسباب کے نتیجے میں بھی طمث دیر سے شروع ہو سکتا ہے۔ لیکن جب ان اسباب کو دور کر دیا جاتا ہے تو طمث جاری ہو جاتا ہے۔ اگر جنسی اعضاء کے صحیح طور پر نمو پانے کے باوجود طمث میں تاخیر ہو اور ساتھ ہی ساتھ ثانوی علامتیں بھی نہ ہوں تو ان عورتوں میں نتیجہ اچھا نہیں نکلتا۔

سن بلوغ میں ہونے والا کثرت طمث

بعض عورتوں میں شدید قسم کا MENORRHAGIA اور METRORRHAGIA ہوتا ہے جو کئی ہفتہ تک مسلسل قائم رہتا ہے۔ اس کا سبب غشاء مبطن رحم کا ہیجان ہے جو ایسٹروجن کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ یہ ایسٹروجن پختہ حویصلہ سے بغیر تبویض (OVULATION) اور LUTEINIZATION کے خارج ہوتا ہے۔ اس کے نتیجے میں بعض اوقات شدید قسم کا انیمیا بھی ہو جاتا ہے جس کے لیے مزید دم ادویات اور اکثر BLOOD TRANSFUSION کی بھی ضرورت پڑتی ہے۔

طمث MENSTRUATION

دورہ کے ساتھ ہونے والے جریان دم کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ تبویض (سقوط بیضہ) کے ساتھ اور بغیر تبویض کے۔ تبویض کے ساتھ ہونے والے جریان دم میں پہلے حویصلہ پختہ ہوتا ہے۔ اس کے بعد بیضہ کا اخراج ہوتا ہے۔ اور پھر جسم اصفر (CORPUSLUTEUM) بنتا ہے۔ بلیڈنگ غشاء مبطن رحم سے ہوتی ہے جس کا سبب ابتدا میں ایسٹروجن اور بعد میں پروجیسٹروجن ہوتا ہے۔ یہ وقت بار آوری (اخصاب) کا ہوتا ہے۔

بغیر تبویض کے ہونے والے جریان دم میں جسم اصفر نہیں بنتا. جریان دم غشا مبطن رحم ہی سے ہوتا ہے لیکن اس کا سبب صرف ایسٹروجن ہی ہوتا ہے اور اس وقت اخصاب نہیں ہوتا۔

سات سالہ بچی میں
بلوغت کی علامتیں

چار سالہ بچی میں PRECOCIOUS
PUBERTY کی علامتیں

دورہ طمث دو افعال یعنی غشا مبطن رحم کی نمو (گروتھ) اور اس کے بعد اپنی اصلی حالت پر واپس آجانے (REGRESSION) پر مشتمل ہوتا ہے. غشا مبطن رحم کی نمو (گروتھ) کی تحریک اور تجدید تبویض سے قبل ایسٹروجن کے ذریعہ ہوتا ہے. لیکن تبویض کے بعد پروجیسٹروجن اور ساتھ ساتھ جسم اصفر سے خارج ہونے والے ایسٹروجن کے تابع ہوتا ہے. غشا مبطن رحم کی نمود اس وقت تک ہوتی رہتی ہے. جب تک اسے ہارمونز کا تعاون ملتا ہے. لیکن جیسے ہی یہ تعاون ختم ہوتا ہے غشا مبطن رحم پھر اپنی اصلی حالت پر آجاتی ہے۔

طمث کی فزیالوجی کے تین درجات ہوتے ہیں۔

ا. غدد غیر ناقلہ میں ہونے والی تبدیلیاں

اس حقیقت کے باوجود کہ بیض سے مترشح ہونے والا مادہ ایسٹروجن اور پروجیسٹرون ہی

غشا مبطن رحم کی نمو کے ذمہ دار ہیں لیکن بہر حال یہ قدامی نخامیہ (ANTERIOR PITUITARY) کے تابع ہوتے ہیں اور قدامی نخامیہ HYPOTHALAMUS کے زیر اثر ہوتا ہے۔

ایسٹروجن

تبویض سے قبل غشا مبطن رحم کی نمو (گروتھ) ایسٹروجن کی وجہ سے ہوتی ہے۔ حویصلے کے مکمل (ڈیولپ) ہونے کی وجہ سے ایسٹروجن کی مقدار اور زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ یہاں تک کہ تبویض کے وقت ایک لیٹر خون میں 60 I.U. ہو جاتی ہے۔ تبویض کے بعد شق ہونے والے حویصلے (FOLLI-CLE) کے جسم اصفر (CORPUSLUTEUM) میں تبدیل ہونے کے وقت عارضی طور پر ایسٹروجن کی مقدار میں کمی آجاتی ہے۔ جسم اصفر کی پختگی سے لے کر غشا مبطن رحم کے اپنی اصلی حالت پر واپس آنے تک ایسٹروجن کی مقدار پھر سے زیادہ ہوتی ہے۔ لیکن جیسے ہی جسم اصفر میں انحطاط شروع ہونے لگتا ہے ایسٹروجن کی مقدار 60 I.U. سے کم ہو کر 30 I.U. ہو جاتی ہے۔ اور غشا مبطن رحم کے اپنی اصلی حالت پر واپس آنے اور طمث کی مکمل مدت تک یہی مقدار قائم رہتی ہے جب حویصلہ دوسرے دورہ کے لیے پختہ ہونا شروع ہوتا ہے تو ایسٹروجن کی مقدار پھر سے بڑھنے لگتی ہے۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ غشا مبطن رحم کی نمو اس وقت تک جاری رہ سکتی ہے جب کہ خون میں ایسٹروجن کا تناسب 30 I.U. سے زیادہ ہو۔ اس سے کم ہونے کی حالت میں غشا مبطن رحم اپنی اصلی حالت پر واپس آنے لگتی ہے۔ یعنی ایسی حالت میں خون میں ایسٹروجن کا تناسب مکمل طور پر ختم نہیں ہوتا بلکہ کم ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں طمث شروع ہوتا ہے۔

پروجیسٹرون

تبویض کے بعد پروجیسٹرون کے نتیجے میں غشا مبطن رحم میں ہونے والی تبدیلیاں دراصل باردار بیضہ کے چسپاں ہونے کے لیے ہوتی ہیں۔ لیکن تبویض کے بغیر ہونے والے دورہ طمث میں ایسی تبدیلیاں ضروری نہیں۔ کیونکہ ایسی حالت میں نہ تو تبویض ہوتا ہے۔ اور نہ جسم اصفر ہی بنتا ہے ایسی حالت میں غشا مبطن رحم میں ہونے والی (PEGRESSIVE) تبدیلیاں صرف ایسٹروجن ہی کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہیں۔

نخامیہ قدامی کے ہارمونز

دورہ طمث اور حویصلہ کے پختہ ہونے، تبویض اور جسم اصفر کے بننے کا انحصار قدامی کے ہارمونی تحریک پر ہوتا ہے۔ یہ ہارمونز تین قسم کے ہوتے ہیں جس میں سے ایک PRIMORDIAL FOLLICLE کی پختگی کے لیے ہوتا ہے اسے FOLLICLE STIMULATING HORMONE (F.S.H.) کہا جاتا ہے۔ دوسرا جسم اصفر کی تکمیل میں مدد کرتا ہے اسے LUTEINIZING HORMONE (L.H.) کہتے ہیں۔ تیسرا PITUITARY HORMONE ہے جو جسم اصفر کے افعال کو قائم رکھتا ہے اسے LUTEOTRDPHIC HORMONE (L.T.H.) کہتے ہیں۔

جسم اصفر میں انحطاط شروع ہوتے ہی خون میں ایسٹروجن کا تناسب کم ہونے لگتا ہے اور F.S.H. کی پیدائش کے لیے ایسٹروجن کے ذریعہ پیدا کی ہوئی رکاوٹ ختم ہو جاتی ہے اور F.S.H. کا عمل PRIMORDIAL FOLLICLE پر ہوتا ہے تب وہ پختہ حویصلہ جراف (GRAFF-IAN FOLLICLE) میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ F.S.H. کی بڑھتی ہوئی مقدار کے ساتھ L.H. کی معمولی مقدار جوف حویصلہ کے اندر ایسٹروجن کی پیدائش کو بڑھاتا ہے پہلے تو PRIMORDIAL FOLLICLE بیضی مادہ کی تہہ میں ڈوب جاتا ہے لیکن جیسے یہ پختہ ہوتا ہے سطح پر آجاتا ہے اور تبویض کے وقت پھیل جاتا ہے۔ حویصلہ کی دیواریں پھٹ جانے کے نتیجے میں تبویض (سقوط بیضہ) ہوتا ہے۔ اس عمل میں حویصلہ کے اندر کا بڑھا ہوا تناؤ اور F.S.H. اور L.H. کے درمیان ہونے والا تناسب معاون ہوتے ہیں۔ کیونکہ تبویض کے (سقوط بیضہ) وقت L.H. بہت زیادہ مقدار میں بنتا ہے جبکہ F.S.H. نسبتاً کم ہوتا ہے۔ تبویض اور جسم اصفر بننے کے بعد پروجیسٹرون تیزی کے ساتھ بڑھتا ہے جو L.H. کی پیدائش کو روک دیتا ہے LUTEOTROPHIC HORMONE جسم اصفر کے افعال کو کنٹرول کرتا ہے یہاں تک کہ اس میں انحطاط شروع ہو جاتا ہے۔

غشاء بطن رحم کی نمو کے دوران ہونے والی تبدیلیاں

غشاء بطن رحم کی ساخت چار جز پر مشتمل ہوتی ہے۔ (۱) بشرہ (EPITHELIUM)

(۲) غدد (۳) STROMA (۴) عروق دمویہ۔ ان میں سے ہر ایک کے اندر دورہ طمث کے دوران مسلسل تبدیلیاں ہوتی رہتی ہیں۔ غشاء مبطن رحم کی نمو میں ہونے والی تبدیلیاں دو قسم کی ہوتی ہیں۔ ایک تبویض سے قبل دوسرے تبویض کے بعد۔

۱۔ تبویض سے قبل ہونے والی تبدیلیاں

اس کے دو درجات ہوتے ہیں۔ پہلا درجہ دورہ طمث کے آخری دنوں کے درمیان ہوتا ہے اور طمث کے ایک یا دو دن بعد مکمل ہو جاتا ہے۔ بشرہ (EPITHELIUM) کے خلیات CILIATED اور COLUMNAR ہوتے ہیں اس کے غدد سادہ ٹیوب کی مانند اور تنگ جوف والے ہوتے ہیں اور سطح پر عمودی ہوتے ہیں۔ غدد پر استر کرنے والے خلیات شش پہل ہوتے ہیں اور ان کے غشاء کی سطح نمایاں ہوتی ہے USTROMA مدور یا بیضوی خلیات سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ خلیات کے نواۃ اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ اس کا زیادہ سے زیادہ حصہ گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان کے گرد CYTOPLASM کا ایک پتلا حصہ ہوتا ہے۔ عمیقی حصہ میں پیچ دار شرائین ہوتی ہیں ان میں پیچ (COILS) بھی ہوتے ہیں۔ درید کی تعداد کم ہوتی ہے۔ اور ان میں شرائین و درید کے درمیان ہونے والا ANAS-TOMOSES بھی کم ہوتا ہے۔ غشاء مبطن رحم کے سطحی حصہ پر عروق دمویہ نسبتاً کم ہوتی ہیں۔

دوسرا درجہ عمل تکثر (PROLIFERATION) کا ہے۔ اس درجہ میں غشاء مبطن رحم کی درستگی کے بعد تبویض تک غشاء مبطن رحم میں عمل تکثر ہوتا رہتا ہے۔ تبویض کے وقت SURFACE EPITHELIUM لمبی ہو جاتی ہے۔ غدد بھی طویل ہو جاتے ہیں اور ان کے تنگ جوف بھی بڑھ جاتے ہیں۔ غدد پر استر کرنے والے خلیات طون۔ لمبے اور COLUMNARY ہوتے ہیں۔ نہ تو خلیات میں ترشح کی کوئی علامت ہوتی ہے اور نہ ہی جوف STROMA گھنے ہو جاتے ہیں۔ یہ مدور یا بیضوی خلیات کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ جس میں نواۃ پورے خلیات کو گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ پیچ دار شرائین میں اور بھی COILS آجاتے ہیں۔ درید کی تعداد اور شرائین و درید کے درمیان ہونے والا ANASTOMOSES کے عمل میں بھی اضافہ ہوتا ہے۔

۲۔ تبویض کے بعد ہونے والی تبدیلیاں

یہ تبدیلیاں تبویض کے وقت شروع ہوتی ہیں اور اس وقت تک جاری رہتی ہیں جب تک طمث شروع نہیں ہو جاتا۔ اس میں بھی دو درجات ہوتے ہیں۔

پہلے مرحلہ کو LUTEAL STAG یا SECRETORY کہتے ہیں۔ اس اسٹیج میں جسم اصفر کی تخلیق ہوتی ہیں یہ نمو کا زمانہ ہوتا ہے تاکہ باردار بیضہ قیام کر سکے۔ اس درجہ میں بشرہ EPITHELIUM کی لمبائی اور بھی بڑھ جاتی ہے۔ غدد ایک دوسرے سے لپیٹے ہوتے ہیں اور ان کی شکل CORCK SCREW کی مانند ہوتی ہے۔ غدد پر استر کرنے والے خلیات پہلے تو لمبے ہوتے ہیں پھر چھوٹے ہو جاتے ہیں۔ ان کے کنارے ناہموار ہوتے ہیں۔ ایڈیما اور وعائی کیفیت کی وجہ سے اسٹروما ڈھیلے پڑ جاتے ہیں تبویض سے قبل کی بہ نسبت اس درجہ میں STROMA CELL کا سائز بڑا ہوتا ہے لیکن نواۃ چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کے گرد CYTOPLASM کا حلقہ ہوتا ہے۔ شرائین میں اور خم و پیچ آجاتے ہیں اور یہ کیفیت بڑھتی ہی جاتی ہے۔ وریدوں کی تعداد اور شریان و وریدوں کے درمیان ہونے والے ANASTOMOSES کے عمل میں بھی اضافہ ہو جاتا ہے۔

دوسرے مرحلہ کو PREMENSTRUAL STAGE کہتے ہیں۔ اس درجہ میں طمث شروع ہونے سے تقریباً پانچ دن قبل غشاء مبطن رحم کی نمو رک جاتی ہے۔ غدد کے ارتشاح کی کمی اور STROMA میں ہونے والے التہاب کی وجہ سے غشاء مبطن رحم کی دبازت میں نمایاں طور پر تخفیف پیدا ہوتی ہے۔ شرائین میں اور بھی زیادہ پیچ آجاتے ہیں۔ ان پیچ دار شرائین کے کناروں کے قریب بہت سی شرائین اور وریدوں کے جوف ہوتے ہیں۔ وریدوں کی تعداد اور سائز میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ غدد بھی سکڑ جاتے ہیں۔ اور ان کو استر کرنے والے خلیات کی سائز بھی کم ہو جاتی ہے۔ STROMA گھنے ہو جاتے ہیں اور کریات بیضہ کی وجہ سے ان میں INFIL-TRATION ہوتا ہے۔

طمث کے بنیادی اسباب

جب اخصاب باروری نہیں ہو پاتا تو غشاء مبطن رحم کی بالیدگی کا عمل جو بیضی ہارمون کی وجہ

سے ہوتا ہے ختم ہو جاتا ہے اور غشا مبطن رحم اپنی اصلی حالت پر آنے لگتی ہے ایسی حالت میں طمث درج ذیل تبدیلیوں کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

۱۔ اسفنجی ساخت سے سیال کے RESORPTION کے نتیجے میں غشاء مخاطی پتلی ہو جاتی ہے

۲۔ شرائین میں COILS کا اضافہ ہو جاتا ہے اور کم سے کم بہیں نئے COILS بن جاتے ہیں

۳۔ بشرہ EPITHELIUM کے قریب کی عروق میں احتباس ہونے کی وجہ سے پیچ دار شرائین منبط ہو جاتی ہیں۔ بشرہ کے زیریں حصے میں ایڈیما اور LEUCOCYTIC INFILTRATION ہوتا ہے۔ اور طمث سے فوراً قبل پیچ دار شرائین میں شدید قسم کے انقباض کے ساتھ ISCHAEMIA اور مقامی طور پر NECROSIS ہوتا ہے۔ انقباضی کیفیت کے ۴ سے ۲۴ گھنٹے کے بعد بشرہ کے نیچے سلعہ دمویہ بننا شروع ہو جاتا ہے۔ NECROSIS اور سلعہ دمویہ کے انشقاق کے نتیجے میں طمث شروع ہو جاتا ہے۔

طبعی طمث کی خصوصیات

تقریباً ۷۰ فیصد عورتوں میں دورہ طمث کی مدت عام طور پر ۲۸ دن ہوتی ہے۔ لیکن یہ مدت کم سے کم ۲۱ دن اور زیادہ سے زیادہ ۳۵ دن بھی ہو سکتی ہے طمث کی اوسط مدت ۲ سے ۷ دن ہے۔ لیکن عام طور پر یہ مدت ۴ سے ۵ دن ہی ہوتی ہے۔ طمث تمام عورتوں میں ایک جیسا نہیں ہوتا۔ بعض عورتوں میں یہ دو تین دن تک شدت کے ساتھ ہوتا ہے اس کے بعد آہستہ آہستہ دو ایک دن میں ختم ہو جاتا ہے۔ بعض میں دو تین دنوں تک شدت کے ساتھ ہوتا ہے چند گھنٹوں یا زیادہ سے زیادہ ایک دن کے لیے یکبارگی رک جاتا ہے۔ اس کے بعد پھر شروع ہو جاتا ہے اور دو ایک دن جاری رہتا ہے۔ طمث کے دوران خارج ہونے والے خون کی مقدار بھی ایک جیسی نہیں ہوتی۔ سرد آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں کی بہ نسبت گرم آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں میں خون زیادہ مقدار میں خارج ہوتا ہے۔ دم طمثی میں خون کے علاوہ مخاطی GRANULAR DEBRIS اور EPITHELIAL CELLS (MUCOUS کا پرتیں، جراثیم اور

شامل ہوتے ہیں اجزاء دم کے خراب ہو جانے اور فرج کے SEBACEOUS غدد کی رطوبت شامل ہونے کی وجہ سے اس میں ایک خاص قسم کی مہک ہوتی ہے۔ عنق الرحم سے خارج ہونے کے وقت یہ خون چھیچھڑے کی شکل میں ہوتا ہے لیکن مہبل میں ہونے والے LAYSIS کے نتیجے میں سیال بن جاتا ہے۔

حمل CONCEPTION

حمل کی فزیالوجی میں درج ذیل اہم امور شامل ہوتے ہیں۔

۱. تبویض کا وقت

(سقوط بیضہ) تبویض عام طور پر دسویں اور اٹھارویں دن کے درمیان ہوتا ہے۔ جسم کا درجہ حرارت اور بعض عورتوں میں مہبلی جریان دم اور درد سے اس کا اندازہ ہو جاتا ہے نیز پیشاب میں خارج ہونے والے GONADOTROPHIN سے اس کی تصدیق ہو جاتی ہے۔

۲. بیضہ کا رحم تک پہنچنا

اس کے بارے میں کچھ یقین کے ساتھ نہیں کہا جا سکتا کہ قاذف کے بطنی OSTIUM تک بیضہ کے پہنچتا ہے لیکن یہ خیال کیا جاتا ہے کہ قاذف میں داخل ہونے کے بعد یہ قاذف کے CILIARY EPITHELIUM کے ذریعہ رحم تک پہنچتا ہے اس کے علاوہ قاذف کے عضلات کی حرکت دودی بھی بیضہ کو رحم تک پہنچانے میں مدد کرتی ہے۔

۳. حوینات منویہ (SPERM) کی VIABILITY اور مجرائے تناسل میں اکٹھا ہونے کے بعد ان کی حرکت

چونکہ رحم کی تیزابیت میں حوینات منویہ کی حرکت بہت جلد ختم ہو جاتی ہے اس لیے رحم کے اندر وہی حوینات پہنچ پاتے ہیں جو اپنی حرکت برقرار رکھتے ہیں۔ اور یہ اسی وقت ممکن ہے جبکہ انزال براہ راست فم مہبل پر ہوا ہو۔ کیونکہ ایسی حالت میں عنق الرحم کے الکلائن مخاط میں ان

کے زندہ رہنے کی صلاحیت قایم رہتی ہے۔ یہ یقین کے ساتھ تو نہیں کہا جاسکتا کہ انزال کے بعد ان میں کتنی دیر تک حرکت کی صلاحیت باقی رہتی ہے لیکن کہا جاتا ہے کہ ۴۸ گھنٹے تک ان میں زندہ رہنے کی صلاحیت ہوتی ہے۔ بعض عورتوں میں مجامعت کے ۷ دن کے بعد بھی حوینات منویہ زندہ پائے گئے ہیں۔

۴۔ اخصاب (بارآوری) FERTILIZATION

عام طور پر قاذف کے آخری حصہ میں بیضہ بارآور ہوتا ہے اور پھر اسے وہاں سے جوف رحم تک پہنچنے میں تین دن لگ جاتے ہیں

۵۔ بیضہ کا غشاء مبطن رحم میں چسپاں ہونا (NIDATION)

NIDATION کے لیے غشاء مبطن رحم کے ترشح کا صحیح طریقے پر ہونا بہت ضروری ہے NIDATION غشاء مبطن رحم کے کسی ایک غدہ کے منہ پر نہیں ہوتا بلکہ INTERGLAN-DULAR STROMA پر ہوتا ہے NIDATION کے بعد غشاء مبطن رحم، غشاء ساقط (DECIDUA) میں تبدیل ہو جاتی ہے۔

سن یاس MENOPAUSE

یہ زندگی کا وہ دور ہے جبکہ جنسی نظام میں REGRESSION شروع ہوتا ہے یہ دور کئی سال تک رہتا ہے۔ اس کی مدت مختلف عورتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ اس کی خاص علامت طمث اور صلاحیت تولید کا ختم ہو جانا ہے لیکن اس کے باوجود بھی نہ تو جسمانی حالت میں کوئی فرق پڑتا ہے اور نہ جنسی خواہشات میں۔ بلکہ اس کے بعد بھی کئی سال تک ازدواجی زندگی کا حظ حاصل کرنے کی صلاحیت باقی رہتی ہے۔ سن یاس شروع ہونے کا وقت عموماً ۴۵ اور ۵۰ سال کے درمیان ہے۔ مختلف حالات میں یہ عمر کم زیادہ بھی ہو سکتی ہے۔ اگر ۵۰ سال کی عمر کے بعد بھی طمث نہ رکے تو ایسی حالت میں ENDOMETRIAL HYPERPLASIA' FIBRO-MYOMATA جسم رحم کے کینسر یا مبیض کے GRANULOSA CELL TUMOUR

کے امکانات ہو سکتے ہیں۔ اگر غدہ ہونے والے کسی مرض کے علاج کے سلسلے میں - RADIO THERAPY دی گئی ہو یا HYSTERECTOMY کی گئی ہو تو سن یاس کی علامتیں قبل از وقت بھی شروع ہو سکتی ہیں۔

مبیض کے افعال کی ایک محدود مدت ہوتی ہے۔ چنانچہ اس دور میں مبیض پر GONADOTROPHIN کا اثر بتدریج کم ہوتا جاتا ہے۔ اس کے باوجود بھی بعض عورتوں میں تبویض کے ختم ہونے کے بعد بھی طمث کئی مہینے تک ہو سکتا ہے۔ جب مبیض پر F.S.H. کا اثر بالکل ختم ہو جاتا ہے۔ تو طمث رک جاتا ہے اور اس وقت مبیض عملی طور پر بیکار ہو جاتی ہے۔ خوردبینی معائنہ کرنے پر CORTEX صرف کہیں کہیں ATRETIC FOLLICLE نظر آتے ہیں پتلی ہو جاتی ہے اور نسیج الحاق CONNECTIVE TISSUES کے بڑھ جانے کی وجہ سے MEDULLA نسبتاً دبیز ہو جاتی ہے۔ عروق دمویہ سخت ہو جاتی ہیں

قدامی نخامیہ کے GONADOTROPHIN کا ترشح اب مبیض کے کنٹرول میں نہیں ہوتا۔ قدامی نخامیہ کے افعال میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ سن یاس کے بعد عورتوں میں F.S.H. اور L.H. کی زیادتی کافی نمایاں ہوتی ہے جو کئی سال تک باقی رہتی ہے اس کے ساتھ ساتھ THYRO-TROPHIC FUNCTION اور ADRENOCORTICOTROPHIC بھی بڑھ جاتے ہیں۔ ان زمانہ میں غدہ درقیہ اور مجاور کلیہ (ADRENAL) کے افعال کی زیادتی کے نتیجے میں مختلف قسم کے نفسیاتی عوارض پیدا ہوتے ہیں جن کا انحصار عورت کے ماضی میں رہنے والے جذباتی توازن اور سماجی حالات پر ہوتا ہے۔ لیکن وہ عورتیں جو اپنے ماحول میں اپنے آپ کو اچھی طرح ADJUST کئے ہوئے ہوتی ہیں ان پر اس تبدیلی کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اور اگر ہوتا بھی ہے تو بہت کم۔ لیکن یہ دیکھا گیا ہے کہ نچلے طبقہ کی عورتیں اعلیٰ سوسائٹی کی عورتوں کی بہ نسبت کم متاثر ہوتی ہیں۔

آخر میں قدامی نخامیہ کے افعال کی زیادتی ADRENAL CORTEX کے ذریعہ ختم ہو جاتی ہے۔ ADRENAL CORTEX سے مترشح ہونے والا ANDROGEN اور دوسرے جنسی STEROID مبیض سے مترشح ہونے والے جنسی STEROID کی جگہ لے لیتے ہیں اور اس طرح سے قدامی نخامیہ کے عمل کا توازن پھر سے قائم ہو جاتا ہے۔

نظام جنسی میں ہونے والی REGRESSIVE تبدیلیاں

رحم کی کیفیت

رحم دن بدن چھوٹا ہوتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ ۴۰ سال کی عمر کے بعد اس کی سائز مشکل سے ایک انچ رہ جاتی ہے۔ عنق الرحم کا مہبلی حصہ چھوٹا ہوتا جاتا ہے اور آخر میں PORTIO VAG-INALIS محراب مہبل میں تقریباً ختم ہو جاتا ہے۔

سن یاس میں ایسٹروجن کا ترشح ختم ہو جانے کی وجہ سے غشاء مبطن رحم میں بھی ایٹروفی شروع ہو جاتی ہے۔ چنانچہ یہ پتلی ہو جاتی ہے۔ غدد ٹیوب کی مانند ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے چند پر LOW COLUM-NAR یا CUBOIDAL EPITHELIUM کا استر ہوتا ہے FUNCTIONAL اور BASAL ZONE میں کوئی فرق نہیں رہ جاتی۔ اسٹروما کی تسدید کی وجہ سے بعض اوقات غدد کیسہ کی مانند ہو جاتے ہیں عضلات میں ایٹروفی اور ریشہ دار نسیج الحاقی کی زیادتی کی وجہ سے رحم کی دیواریں پتلی ہو جاتی ہیں

عنق الرحم

اس کی سائز بتدریج کم ہوتی جاتی ہے اور PORTIO VAGINALIS آخر میں محراب مہبل میں تقریباً سما سی جاتی ہے مجرای عنق الرحم تنگ ہو جاتی ہے اور بعض عورتوں میں فائبروسس کے نتیجے میں ختم بھی ہو جاتی ہے۔

مہبل

سن یاس کے بعد چند سالوں تک تو مجرای مہبل میں کوئی خاص تبدیلی واقع نہیں ہوتی لیکن اس کے بعد یہ تنگ اور چھوٹی ہو جاتی ہے اور FORNICESS ختم ہو جاتے ہیں۔ غشاء مخاطی بھی CELLULAR- ختم ہو جاتی ہیں۔ وہ چکنی اور چمکدار ہو جاتی ہے LAYERS کم ہو جاتی ہیں EPITHELIAL CELLS میں گلائیکوجن کی کمی

کے نتیجے میں بشرہ میں تبدیلی آجاتی ہے۔ مہبل کی رطوبت کھاری (الکلائن) ہو جاتی ہے۔

فرج

شفران اور لحام عانی میں شحمی اجزاء آہستہ آہستہ کم ہونے لگتے ہیں یہاں تک کہ وہ بالکل برابر ہو جاتے ہیں۔ منفذ روز بروز تنگ ہوتا جاتا ہے۔ غشاء مخاطی میں اٹروفی شروع ہو جاتی ہے۔ وہ پتلی ہو جاتی ہے اور اس میں تعدیہ کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔

پستان

پستان میں شحم بتدریج کم ہوتا جاتا ہے۔ اور غددی انسیجہ میں دھیرے دھیرے اٹروفی کی کیفیت پیدا ہوتی جاتی ہے۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پستان نرم ہو جاتے ہیں۔ نپل کا سائز کم ہو جاتا ہے اور وہ پہلے کی مانند ابھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ یہ تبدیلیاں اس طرح وجود میں آتی ہیں کہ سن یاس کے بعد کئی سال تک ان کا پتہ بھی نہیں چلتا۔

سن یاس میں ظاہر ہونے والی علامات

طمث

بعض عورتوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ طمث یکبارگی رک جاتا ہے ورنہ عام طور پر یہی ہوتا ہے کہ طویل وقفہ کے ساتھ زرد رنگ کا معمولی اخراج ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں تھوڑے وقفہ کے بعد خفیف یا کئی دنوں تک اخراج ہوتا ہے۔ بعض میں شدید قسم کا اخراج ہوتا ہے۔ لیکن ان کے درمیان غیر منظم وقفہ ضرور ہوتا ہے۔

قلب و اعصاب کی کیفیت

بعض عورتوں کا ضغط الدم (B.P.) زیادہ ہو جاتا ہے۔ لیکن بہت ممکن ہے کہ یہ علامت ترکیبی ہی ہوتی ہو اور موجودہ حالات سے اس کا کوئی تعلق نہ ہو بعض عورتوں میں اسرع القلب

کی شکایت ہوتی ہے جو قلب کے عضوی امراض یا غدہ (TACHYCARDIA)
درقیہ (THYROID) کے افعال کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔ سب سے زیادہ
تکلیف دہ علامت "HOT FLUSH" ہے ایسی حالت میں عورت یکبارگی حرارت
محسوس کرتی ہے۔ اس کا بدن سرخ ہو جاتا ہے۔ پھر چند لمحوں کے بعد پسینہ آکر تھوڑی دیر کے
لیے اس کا جسم ٹھنڈا چپچپا اور لیسدار ہو جاتا ہے۔ دن میں یہ صورت کئی بار بھی ہو سکتی ہے۔ لیکن جب
یہ کیفیت رات میں ہوتی ہے تو اس سے نیند میں بھی خلل پڑتا ہے۔ یہ کہا جاتا ہے کہ یہ صورت اس
عورت کے خون میں .F.S.H کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

حکۃ الفرج PRURITUS VULVA

یہ شکایت ان عورتوں میں زیادہ ہوتی ہے جن میں سن یاس قبل از وقت ہوا ہو۔

دیگر عوارض

بہت سی عورتیں اس دور میں جذباتی خلل کا شکار ہو جاتی ہیں۔ وہ مضطرب اور خوف زدہ
رہتی ہیں۔ اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ معتبر اور سمجھدار عورتیں بھی اس عمر میں گھبرائی ہوئی اور چڑچڑی
ہوتی ہیں۔ شدت کی صورت میں MELANCHOLIA یا جنوں میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔
بعض عورتوں میں خودکشی کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے اور ان میں اپنے معاملات کی دیکھ بھال کرنے
کی صلاحیت بھی نہیں رہ جاتی۔

حمل کاذب (رجاء) PSEUDOCYESIS

یہ صورت بہت کم ہوتی ہے اور ان ہی عورتوں میں ہوتی ہے جنھیں اولاد نہیں ہوتی۔ اور
وہ اس کے لیے بے قرار رہتی ہیں۔ اور یہی خواہش انھیں اس مرض میں مبتلا کر دیتی ہے۔ احتباس
طمث یا قلت طمث کے ساتھ اگر اس دور میں بطن کی دیواروں میں شحمی اجزا اکٹھا ہونے لگیں تو
ان کے شک کو اور بھی تقویت پہنچتی ہے اور وہ یہ یقین کر لیتی ہیں کہ وہ حاملہ ہو گئی ہیں۔ جب
اسے حقیقت کا علم ہوتا ہے تو وہ اسے ماننے کے لیے تیار نہیں ہوتیں اسے یقین کرانے کے لیے
متعدد بار BIOLOGICAL TEST کرانا پڑتا ہے۔

بے خوابی INSOMNIA

یہ شکایت اکثر ہو جایا کرتی ہے اور رات میں بار بار "HOT FLUSH" ہونے کے نتیجے میں اس میں اور بھی شدت آجاتی ہے۔

سر درد

سر درد اعصابی تناؤ کے نتیجے میں ہوتا ہے جو بعض اوقات سر کے قدامی حصہ اور بعض اوقات گردن کے پچھلے حصے تک محسوس ہوتا ہے اور بعض اوقات پورے سر میں ہوتا ہے۔

استحالی عوارض (METABOLIC SYMPTOMS)

عام طور پر سمن مفرط (OBESITY) ہی سب سے اہم علامت ہوتی ہے۔ بعض عورتوں کا وزن سن یاس کے دوران چند پاؤنڈ بڑھ جاتا ہے۔ لیکن بعض عورتوں کا وزن بہت زیادہ ہو جاتا ہے۔

سن یاس کے دوران ضروری احتیاط و تدابیر

عورت کی تندرستی کا دھیان رکھا جائے۔ اگر وزن تیزی سے بڑھ رہا ہو تو اس کا تدارک ضروری ہے۔ نیند اور آرام کی طرف بھی دھیان دیا جائے۔ گھریلو معاملات جو تشویش و تردد اور اضطراب کا سبب بنتے ہیں ان سے بچایا جائے۔

تعلیم یافتہ عورتوں کو عمر کے اس دور میں یہ احساس ہو جاتا ہے کہ اب وہ سن رسیدہ ہو چکی ہیں۔ معالج اس معاملہ میں ان کی کافی مدد کر سکتا ہے۔ انھیں یہ یقین دلانا چاہیے کہ اس دور کے شروع ہوتے پر جنسی زندگی اور گھریلو خوشیوں کا خاتمہ نہیں ہوتا۔ انھیں یقین دلایا جائے کہ وہ جذباتی استحکام کو اعتماد کے ساتھ کنٹرول کرے۔ ان عورتوں کو ایسٹروجن کی ضرورت نہیں ہوتی۔ صرف TRANQUILISERS استعمال کیے جا سکتے ہیں۔ لیکن ان کی خوراک دھیرے دھیرے کم کرتے رہنا چاہیے۔ جب ذہنی کیفیت اعتدال پر آجائے تو پھر TRAN-QUILISERS نہیں دینا چاہیے۔

بعض عورتوں میں حکتہ الفرج یا شدید قسم کا ذہنی عدم استحکام ہوتا ہے۔ انھیں ایسی حالت میں ایسٹروجن خوردنی طور پر دینا چاہیے۔ اگر خارش شدت کی صورت اختیار کرلے تو انجکشن بھی دیا جاسکتا ہے۔ اس مقصد کے لیے TAB. DIETHYL STILBOESTROL (۵ ملی گرام) یا ETHINYL OESTRADIAL (۰۱۔۰ ملی گرام) دن میں دو یا تین بار دیا جائے اس کے بعد اس کی مقدار آہستہ آہستہ کم کردی جائے تاکہ جریان دم نہ ہونے پائے۔ اگر سن یاس کے دوران جریان دم ہو تو CURETTAGE کریں تاکہ جسم رحم میں ہونے والے سرطان کے بارے میں معلوم ہوسکے۔

اگر "HOT FLUSHES" بار بار ہونے کی وجہ سے نیند نہ آتی ہو تو مسکنات دیے جاسکتے ہیں۔ لیکن زیادہ دنوں تک ان کا استعمال مناسب نہیں۔ مارفین یا اس کے مرکبات دینے سے قطعی پرہیز کریں۔ لیکن PHENOBARBITONE معمولی خوراک میں دیا جاسکتا ہے۔ خمیرہ گاؤزبان یا خمیرہ مروارید کا استعمال چند دنوں تک مسلسل کریں۔

چوتھا باب

غدد غیر ناقلہ باطن الافراز (ENDOCRINES) کے افعال و اثرات

قدامی نخامیہ (ANTERIOR PITUITARY) کی زیادتی کے نتائج

یہ صورت EOSINOPHILIC یا BASOPHILIC خلیات کے افعال کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ اور اس کثرت ترشح کے نتیجے میں مختلف قسم کے عوارض وجود میں آتے ہیں۔ چنانچہ EOSINOPHILIC HYPERFUNCTION کے نتیجے میں GIGANTISM اور ACROMEGALY اور BASOPHILIC HYPERFUNCTION کے نتیجے میں CUSHING SYNDROME ہوتا ہے

ACROMEGALY اور GIGANTISM

یہ مرض قدامی نخامیہ کے ACIDOPHILE CELLS کے فرط استناج (HYPERPLASIA) کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ اگر EPIPHYSIS کے بند ہونے سے قبل فرط استناج ہو تو GIGANTISM اور اگر بلوغت اور EPIPHYSIS کے بند ہونے کے بعد فرط استناج ہو تو ACRO-MEGALY ہوتی ہے۔

GIGANTISM :-

عورتوں کی بہ نسبت یہ صورت مردوں میں زیادہ ہوتی ہے اور اس کی ابتدا بچپن سے ہی ہوجاتی

ہے اور گیارہ بارہ سال کی عمر میں یہ تبدیلی نمایاں طور پر نظر آنے لگتی ہے۔ الحاف کی ہڈیاں جسم کے تناسب سے زیادہ بڑھ جاتی ہیں۔ اگر بلوغت کے بعد بھی کثرت ترشح باقی رہے تو ACROME - GALY ہوتی ہے۔

ACROMEGALY ۔ب

اس کی علامتیں دو قسم کی ہوتی ہیں۔

ENDOCRINE SYNDROME

اگر گروتھ ہارمون کے ترشح کی زیادتی EPIPHYSIS کے بند ہونے کے بعد ہو تو جسم کی تمام ہڈیاں نہیں بڑھنے پاتیں۔ بلکہ یہ تبدیلی جسم کے آخری سروں پر زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان لوگوں کے ہاتھ پاؤں ناک اور جبڑے بہت زیادہ بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان کے دانتوں میں دراڑ بھی آجاتی ہے۔ ناک بڑی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ SUPRA - ORBI - TAL - اور گال کی ہڈیاں بہت نمایاں ہو جاتی ہیں۔ بعض عورتوں میں زبان بھی بڑھ جاتی ہے اور اکثر اس پر دانت کے نشان نظر آتے ہیں۔ زبان لمبی ہو جانے کی وجہ سے بات کرنے اور غذا کے چبانے میں دشواری ہوتی ہے۔ ہڈیوں میں RAREFACTION ہوتا ہے لیکن اتنا نہیں کہ کسر FRACTURE کا سبب بنے۔ آخری درجہ میں مریضہ تھکاوٹ اور عضلاتی کمزوری محسوس کرتی ہے جو ثانوی تبدیلی مثلاً ذیابیطس یا غدہ درقیہ کے ترشح کی زیادتی کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اس کے نتیجے میں قلت طمث (HYPOMENORRHOEA) اور بعض اوقات احتباس طمث کے ساتھ ساتھ جنسی خواہشات میں بھی کمی آجاتی ہے (مردوں میں اس کے نتیجے میں نامردی پیدا ہوتی ہے)

۲۔ اعصابی عوارض

یہ عوارض سلعہ کے دباؤ کے نتیجے میں پیدا ہوتے ہیں اور اگر سلعہ کی گروتھ اوپر کی جانب ہوتی ہے تو OPTIC CHIASMA پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے بینائی میں خلل آجاتا ہے۔ اگر سلعہ جانب میں پھیلتا ہے تو تیسری، چوتھی، پانچویں اور چھٹی کرینیل عصب مفلوج ہو سکتی ہیں۔

ان عورتوں کو شدید قسم کا سر درد ہوتا ہے۔ نخامیہ کے افعال کی یہ زیادتی تقریباً دس سال تک باقی رہتی ہے اس کے بعد قصور نخامی (HYPOPITUITARISM) کی علامتیں شروع ہوتی ہیں جو تقریباً دس سال تک باقی رہتی ہیں۔ ان میں سے بعض عورتیں DIABETES MELLITUS میں مبتلا ہو جاتی ہیں جسے انسولین کے ذریعہ کنٹرول کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں HYPERTHYRODISM ایک عام علامت ہوا کرتی ہے۔

علاج

RADIOTHERAPY دی جائے

قصور نخامیہ (HYPOPITUITARISM) کے نتائج

نخامیہ کے افعال کی کمی کے نتیجے میں ہونے والے عوارض کے بہت سے اسباب ہو سکتے ہیں لیکن نسائیات کے نقطہ نظر سے SIMMOND'S DISEASE PANHY-POPITUITARISM خاص طور پر قابل ذکر ہیں۔ بچپن میں نخامیہ کی کمی کے نتیجے میں بچوں کا قد نہیں بڑھنے پاتا جسے کوتاہ قامتی (DWARFISM) کہتے ہیں بعض اوقات FROHLICHS SYNDROME بھی ہوتا ہے۔

"SHEEHANS' SYNDROME"

اسے SIMMOND'S DISEASE بھی کہتے ہیں کیونکہ اس مرض کو سب سے پہلے 1914 میں SIMMOND ہی نے FATALCACHEXIA کے نام سے متعرف کرایا تھا۔ اس مرض میں شدت کے ساتھ نزف بعد ولادت POST PARTUM HAEMORRHAGE MORRHAGE ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں نخامیہ کی سائز چھوٹی ہو جاتی ہے اور وزن بھی کم ہو جاتا ہے۔ قدامی نخامیہ میں (THYROTROPHIC - HORMONE) کی غیر موجودگی کے نتیجے میں درقیہ THYROID میں بھی ایٹروفی شروع ہو جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے اس کی سائز نارمل کے بجائے نصف رہ جاتی ہے۔ اسی طرح قدامی نخامیہ میں CORTICOTROPHIC HORMONE کی کمی کے نتیجے

میں SUPRARENAL GLAND کے لحا (CORTEX) میں ایٹروفی پیدا ہوجاتی ہے
GONADOTROPHIC HORMONE کی کمی کے نتیجے میں بیضیٰ میں بھی ایٹروفی پیدا ہوجاتی
ہے۔ ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کی پیدائش رک جاتی ہے۔ جسم رحم، عنق الرحم، مہبل اور فرج میں
بھی ایٹروجن شروع ہوجاتی ہے۔ مہبل کی بشرہ (EPITHELIUM) میں گلائیکوجن ختم
ہوجاتا ہے DODERLEINS BACILLI کی پیدائش رک جاتی ہے اور مہبل کی رطوبت
ربورتی) الکلائن ہوجاتی ہے۔

عوارض و علامات

اس کی سب سے پہلی علامت دودھ کا نہ بننا ہے۔ پستان نرم اور خالی ہوتے ہیں اور
بہت تیزی کے ساتھ سکڑتے جاتے ہیں۔ مرض کی شدت کی صورت میں HYPOGLYCAEMIA
کی علامتیں بھی ہوتی ہیں نقاہت ہوتی ہے مرض کی شدت کی صورت میں احتباس طمث
AMENORRHOEA اور بہ صورت دیگر طویل وقفوں سے قلت طمث - (SCANTY
MENSTURATION) ہوتا ہے۔ رحم بہت چھوٹا ہوجاتا ہے اور باہری اعضاء تناسل میں
دھیرے دھیرے، ایٹروفی شروع ہوجاتی ہے مو زیر ناف اور مو ابط ختم ہوجاتے ہیں لیکن سر
کے بال اور بھویں باقی رہتی ہیں۔ جنسی خواہش بہت زیادہ ہوتی ہے۔ نقاہت کے باوجود بھی
مریضہ کا وزن کم نہیں ہوتا۔ ضغط الدم (B.P.) عموماً کم ہوجاتا ہے۔ درقیہ میں ایٹروفی کی
وجہ سے مریضہ ٹھنڈک نہیں برداشت کر پاتی۔ کولیسٹرال بڑھ جاتا ہے۔ بعض عورتوں میں
MYXOEDEMA کی علامتیں بھی ہوتی ہیں HYPOCHROMIC ANAEMIA
ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ساتھ اکثر EOSINOPHILIA بھی ہوتا ہے
مرض دھیرے دھیرے بڑھتا جاتا ہے۔ شدت کی نقاہت اور غفلت ہوتی ہے۔

علامات فارقہ

اس مرض کو ابتدا میں اینیمیا کے دھوکے میں نظر انداز کر دیا جاتا ہے۔ لیکن دو امراض ایسے
ہیں جن کی علامتیں اس مرض سے ملتی جلتی ہوتی ہیں انھیں ذیل میں بیان کیا جا رہا ہے۔

ANOREXIA NERVOSA

یہ مرض معدوم الحمل (NULLIPAROUS) ہی میں زیادہ ہوتا ہے وزن کی کمی اور مرض کی نمایاں علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ اعضائے تناسل طبعی ہی ہوتے ہیں۔ لیکن احتباس طمث بعض اوقات ہوتا ہے اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتا۔ موئے ابط اور موئے زیر ناف موجود ہوتے ہیں۔

MYXOEDEMA

INSULIN TOLERENSE TEST کے ذریعہ اس مرض اور SIMMON'S DISEASE کے درمیان تفریق کی جاسکتی ہے، لیکن جانچ سے قبل چار دنوں تک ایسی خوراک دی جائے جس میں گرام کاربوہائیڈریٹ ہو اور جانچ سے ایک دن قبل FASTING CAPILLARY BLOOD SUGAR کیا جائے۔

علاج

METHYL TESTOSTERONE (15-30mg) روزآنہ دیا جائے

کوتاہ قامت ہونا DWARFISM

بوناپن (DWARFISM) قدامی نخامیہ کے خلقی فقدان یا خرابی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ جس کا سبب کوئی شدید قسم کا تعدیہ یا نئی گرو تھ ہوتا ہے جس سے نخامیہ کے قدامی حصہ کو ضرر پہنچتا ہے۔ یا بعض اوقات غدہ درقیہ کے خلقی طور پر معدوم ہونے کے نتیجے میں ہونے والے CRETENISM کی وجہ سے بھی یہ صورت پیدا ہوسکتی ہے اس کا تیسرا سبب CHONDROPLASIA بھی ہے۔

غدہ نخامیہ کے نتیجے میں ہونے والا بوناپن

اگر یہ صورت خلقی ہو تو بچپن ہی سے نمو میں رکاوٹ آجاتی ہے جب کہ اکتسابی صورت LORAIN-LEVI SYNDROME کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں بچہ نارمل ہوتا ہے

لیکن کسی شدید قسم کے لوئی بخار کے نتیجے میں گروتھ رک جاتی ہے۔ بعض اوقات CRANIO PHARYNGIOMA کی وجہ سے ایسا ہوسکتا ہے۔

غدہ نخامیہ کی خرابی کے نتیجے میں ہونے والے بونے بچوں کا قد ۴ فٹ یا اس سے بھی کم ہوتا ہے۔ جسم کا بالائی نصف حصہ زیریں نصف حصہ کی بہ نسبت بڑا ہوتا ہے۔ ہاتھ اور پیر چھوٹے ہوتے ہیں۔ HYPOGONADISM کی علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ ثانوی علامتیں اور بلوغت صحیح وقت پر نہیں ظاہر ہوتیں۔ ابتدائی احتباس طمث ہوتا ہے۔ دماغ کے ابتدائی نمو پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔

ADIPOSO GENATILISM

یا

FROHLICH'S SYNDROME

اس مرض کی تین اہم علامتیں ہوتی ہیں۔

۱۔ جسم میں شحم کی مخصوص طریقہ پر تقسیم۔

۲۔ عظمی نشوونما میں خلل کا ہونا۔

۳۔ HYPOGONADISM (غدہ تناسلیہ کے افعال کی کمی)

قدامی نخامیہ کے خلیات کی بربادی کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے اور فربہی کا سبب HYPOTHALAMIC کے متاثر ہونے کی وجہ سے فربہی ہوتی ہے۔ جونزف۔ سلعہ، کیسہ یا نخامیہ کے تعدیہ کے نتیجے میں ہوسکتا ہے۔ فربہی کمر کے حصے (GIRDLE) کولہے۔ ران۔ لحام عانی اور بطن کے زیریں حصہ پر زیادہ ہوتی ہے۔ اعضائے تناسل کے نقص نمو کے ساتھ ساتھ طمث بھی تاخیر سے شروع ہوتا ہے۔ ان مریضہ میں مردوں جیسی علامتیں کبھی نہیں پیدا ہوتیں۔ INTRACRANIAL TUMOUR ہونے کی صورت میں سردرد۔ نظر و بینائی میں خلل اور دماغ پر پڑنے والے تناؤ کی دوسری علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ ایسٹروجن اور GONADOTROPHIN کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ اس مرض میں مبتلا عورتوں میں تعدیہ کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

HYPOGONADISM کے لیے ایسٹروجن دینا چاہیے اور سلعہ ہونے کی صورت

میں سرجیکل ٹریٹمنٹ بہت ضروری ہے۔

مبیض کے افعال کی کمی کے نتائج

اس کا انحصار مریضہ کی عمر پر ہے۔ اگر یہ صورت ابتدا ہی سے ہو جبکہ اعضاء تناسل۔ پستان اور دیگر ثانوی جنسی علامتوں کا ظہور ڈیولپمنٹ نہ ہوا ہو تو EPIPHYSIS کے تاخیر سے بند ہونے کی وجہ سے ہڈیوں کی گروتھ بڑھ جاتی ہے۔ لیکن بلوغت کے بعد مبیض کے افعال میں کمی ہونے کے نتیجے میں ثانوی احتباس طمث۔ ابتدائی اور ثانوی عقر اور سن یاس کی مانند علامتیں ظاہر ہوتی ہیں۔

مبیض کے افعال کی کمی کے نتیجے میں ہونے والی دو اہم علامتیں درج ذیل ہیں۔

1. HYPOGONADISM (FUNCTIONAL OVARIAN FAILURE)

یہ صورت خلقی یا اکتسابی ہوسکتی ہے۔ جو بلوغت کے وقت ہوتی ہے ان عورتوں میں نخامیہ کے فقدان کی کوئی علامت نہیں ہوتی۔

اکتسابی صورت میں نقص تغذیہ اس کا ایک اہم سبب ہوا کرتا ہے اس کے علاوہ بعض اوقات مبیض و قاذف میں ہونے والا تعدیہ بھی اس کا سبب ہوسکتا ہے۔

خلقی صورت میں EPIPHYSIS کے تاخیر سے بند ہونے کی وجہ سے ہڈیاں غیر معمولی طور پر لمبی ہو جاتی ہیں۔ ثانوی علامتیں صحیح طور پر ڈیولپ نہیں ہو پاتیں۔ پستان چھوٹے ہوتے ہیں اور موے رابط بہت کم ہوتے ہیں۔ احتباس طمث ہوتا ہے یا طویل وقفہ سے قلت طمث ہوتا ہے۔ ان عورتوں میں استقرار حمل کی صلاحیت نہیں ہوتی۔ اور یہ بہت زیادہ جذباتی اور حساس ہوتی ہیں۔

اکتسابی صورت اگر EPIPHYSIS کے بند ہونے کے بعد ہو تو عظمی گروتھ میں کوئی مناسبت نہیں ہوتی۔ بول میں F.S.H. کی زیادہ مقدار میں موجودگی اس کی ایک اہم علامت ہوا کرتی ہے۔ ایسٹروجن یا تو بہت ہی کم مقدار میں خارج ہوتا ہے یا اکثر نہیں بھی ہوتا۔ اگر بول میں ایسٹروجن موجود ہو تو پراگنوسس اچھی ہوتی ہے۔

اس مرض کا کوئی تسلی بخش علاج نہیں ہے۔ ایسٹروجن کا استعمال شباب کے دوران

ہڈیوں کی گروتھ کو روکنے کے لیے مفید ہے۔ اس کے استعمال سے اعضائے تناسل اور پستان کی گروتھ پر بھی اثر پڑتا ہے۔ اس مقصد کے لیے ETHINYL OESTRADIOL (0.1mg) دن میں تین بار ہر مہینے میں پندرہ دن دینے سے طمث جاری ہو سکتا ہے۔

TURNER'S SYNDROME

اس مرض میں مریض کی نشوونما صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتی۔ بلوغت سے قبل اس کی تشخیص مشکل ہے۔ ثانوی جنسی علامتیں نہیں ہوتیں۔ مو رابط یا موزیرناف یا تو بہت ہی کم ہوتے ہیں یا بالکل ہی نہیں ہوتے پستان بھی صحیح طور پر ڈیولپ نہیں ہوتے۔ ابتدائی احتباس طمث اور عقر ہوتا ہے۔ اس مرض میں بچپن ہی سے گروتھ میں رکاوٹ شروع ہو جاتی ہے۔ لیکن قد کی کمی بلوغت کے وقت زیادہ نمایاں ہوتی ہے کیونکہ شباب کے دوران قد تیزی کے ساتھ نہیں بڑھتا۔ ایسی حالت میں بول میں ایسٹروجن کی مقدار کم ہو جاتی ہے لیکن F.S.H. بڑھ جاتا ہے۔

اس مرض کی دو خاص علامتیں ہوتی ہیں جو CUBITUS VULGUS اور WEBBED NECK ہیں۔ اس کے علاوہ ظاہر ہونے والی دوسری علامتیں PES CAVUS COARCTATION OF AORTA خلقی عسر سماعت ہیں۔

علاج

ایسٹروجن اتنی مقدار میں دی جائے کہ بشرہ مہبل میں KERATINIZATION ہو جائے۔ اور اس وقت تک دیتے ہیں کہ پستان اچھی طرح ڈیولپ کرائیں اور ثانوی جنسی علامتیں نمایاں طور پر ظاہر ہونے لگیں۔ اس کے بعد اس کی خوراک نصف کر کے ایک عرصہ تک دینا چاہیے۔

غدہ درقیہ کے افعال کی کمی کے نتائج

CRETINISM

اس مرض میں جسمانی اور ذہنی گروتھ میں رکاوٹ آجاتی ہے ارتشاح درقیہ کی غیر موجودگی پیدائش

کے وقت نہیں پتہ چلتی۔ اسی طرح ماں کا دودھ پینے والے بچوں میں بھی اس کا صحیح اندازہ نہیں ہو پاتا۔ کیونکہ حمل کے دوران ماں کے ذریعہ ملنے والے ارتشاح درقیہ اور پستان کے دودھ میں ہونے والے درقیہ ہارمون کی وجہ سے بچوں میں اس کی کمی کی علامتیں دیر سے ظاہر ہوتی ہیں۔ لیکن طفولیت کے دوران ان بچوں کے قد کے بڑھنے میں رکاوٹ آجاتی ہے۔ ترقوی کے اوپری حصہ میں شحم اکٹھا ہونے کی وجہ سے بچہ فربہ ہوتا ہے۔ اطراف موٹے ہوتے ہیں، زبان لمبی اور منہ سے باہر نکلی ہوئی ہوتی ہے ایک ایسی CRETIN بچی جس کا صحیح طریقہ پر علاج نہ کیا گیا ہو اس کا قد ۲ فٹ سے کم ہوتا ہے ہڈیوں کی گروتھ رک جاتی ہے لیکن EPIPHYSIS کافی کھلے ہوئے ہوتے ہیں احتباس طمث ہوتا ہے۔ ثانوی علامتیں نہیں ہوتیں۔ ان لوگوں کو THYROID THERAPY تا حیات جاری رکھنا چاہیے۔

MYXOEDEMA

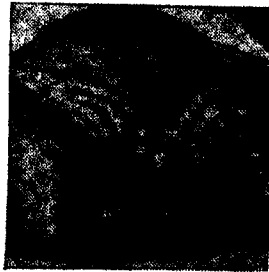
یہ ایک مزمن مرض ہے جو غدہ درقیہ کے قلت ارتشاح کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ تیس سے پچاس سال کی عمر کے درمیان، اور مردوں کی بہ نسبت عورتوں کو زیادہ ہوتا ہے اور معدوم الحمل عورتوں کی بہ نسبت کثیر الحمل عورتیں اس مرض میں زیادہ مبتلا ہوتی ہیں۔
مرض کی ابتدا بتدریج ہوتی ہے۔ پلکیں۔ چہرہ۔ ٹخنوں اور ہاتھوں پر ایڈیما ہوتا ہے۔ سر کے بال کم ہو جاتے ہیں۔ جلد خشک ہوتی ہے۔ غنودگی، سوء ہضم اور قبض ہوتا ہے۔ یادداشت ختم ہو جاتی ہے۔ ٹمپریچر نارمل سے کم ہوتا ہے۔ قبض بطی ہوتی ہے۔ B.P. کم ہو جاتا ہے۔ قلب بڑھ جاتا ہے۔ اور اس کے ساتھ عضلات قلب میں DEGENERATION شروع ہو جاتا ہے۔ طمثی دور طویل ہو سکتے ہیں۔ بعض اوقات قلت طمث بھی ہوتا ہے۔ سن یاس عموماً جلد ہی ہوتا ہے۔ جنسی خواہش کم ہو جاتی ہے۔ عقر ہوتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں استقرار حمل ہو بھی جائے تو پیدا ہونے والے بچہ میں درقیہ کے ارتشاح کی قلت خلقی طور پر موجود ہوتی ہے۔

مجاور کلیہ لحائی کے افعال کی کمی کے نتائج

عورتوں میں اس کے نتیجے میں دو اہم مرض ہوتے ہیں جو درج ذیل ہیں۔

۱. CUSHING SYNDROME

۱۹۳۲ میں HARVEY CUSHING نے سب سے پہلے اس مرض کا پتہ لگایا عورتوں میں یہ مرض ۳۰ سے ۴۰ سال کے درمیان زیادہ ہوتا ہے۔
اس مرض کی سب سے اہم علامت فربہی ہے جو چہرہ، گردن دھڑ اور کولھوں پر بہت زیادہ ہوتی ہے لیکن ہاتھ اور پیر بالکل پتلے ہوتے ہیں چہرہ مدور ہوتا ہے اسی لیے اسے MOONSHAPED کہا جاتا ہے گردن کے پیچھے پشت پر شحم تہہ کی شکل میں اکٹھا ہو جاتا ہے جسے "BUFFALO - NECK" کہا جاتا ہے۔ شحم تحت الجلد کے اکٹھا ہونے کی وجہ سے جلد پھیلتی ہے جس کے

⑨ CUSHING SYNDROME میں مبتلا ۱۱ سالہ بچی۔

⑩ ADRENAL TUMOUR کے نتیجے میں بڑھا ہوا بظر۔

نتیجے میں بطن، کولہے اور بازوؤں کی جلد پر بیگنی رنگ کی دھاریاں آجاتی ہیں احتباس طمث عام طور پر اس کی سب سے پہلی علامت ہے ANDROGEN کے کثرت ارتشاح کی وجہ سے بظر بڑھ جاتا ہے اور بعض اوقات جسم پر بال بھی آجاتے ہیں۔ ابتدائی درجہ میں GONADOTROPHIN کا ارتشاح بڑھ جاتا ہے لیکن بعد میں کم ہوتے ہوتے ختم ہوجاتا ہے۔

ہڈیوں میں معدنی نمکیات کی کمی کی وجہ سے KYPHOSIS ہوتا ہے۔ کاسہ راس میں کافی تبدیلی آجاتی ہے۔ اور بعض اوقات متعدد کسر بھی پائے جاتے ہیں۔

B.P. بڑھ جاتا ہے اور بعض عورتوں میں قلب بھی بڑھ جاتا ہے ابتدا میں GLU-COSE TOLERANCE کم ہوتا ہے اس کے بعد ذیابیطس اور پھر HYPER-GLYCAEMIA ہوتا ہے۔

اگر اس مرض کا سبب ٹیومر ہو تو سرجیکل ٹریٹمنٹ کریں اور اگر ٹیومر نہ ہو تو X-RAY THERAPY کے ذریعہ غدہ نخامیہ کی اصلاح کریں۔ ان کے لیے ایسٹروجن اور اینڈروجن بھی کسی حد تک فائدہ مند ہے۔

۲۔ عوارض مجاورات کلیہ تناسلی

ADRENOGENITAL SYNDROME

لحاریا بیض سے مترشح ہونے والے ANDROGEN کی زیادتی کے نتیجے میں یہ مرض ہوتا ہے۔ بعض اوقات ADRENAL CORTEX فرط استناج کے نتیجے میں بھی یہ کیفیت ہوسکتی ہے۔

اس مرض کی علامتیں عمر کے مطابق تبدیل ہوتی رہتی ہیں چنانچہ جنین کو یہ مرض حمل کے دوران ہونے والے مجاورات کلیہ لحائی کے افعال کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے اور پیدائش کے وقت بچیوں میں اس کی علامتیں موجود ہوتی ہیں۔ ان بچیوں کے بظر، قضیب کی مانند ہوتے ہیں۔ بعض اوقات فوطہ بھی موجود ہوتا ہے UROGENITAL SINUS بھی ہوتا ہے۔ بچی کی گروتھ تیزی کے ساتھ ہوتی ہے۔ موزیرناف اور موے ابط دو تین سال کی عمر میں نکل آتے ہیں۔ آواز بھاری ہوجاتی ہے۔ گروتھ اور EPIPHYSIS کا ڈیولپمنٹ تیزی کے ساتھ ہوتا ہے۔

بچپن میں ہونے والا ADRENOCORTICAL HYPER FUNCTION

عموماً ADRENAL TUMOUR کی وجہ سے ہوتا ہے۔ان عورتوں کے جسم پر بال نکل آتے ہیں اور ساتھ ہی ساتھ مونچھ اور داڑھی بھی ہوتی ہے۔ان کی آواز بھاری ہوتی ہے۔جسمانی بناوٹ مردوں کی مانند ہوتی ہے اور بظر بڑھا ہوا ہوتا ہے۔

بالغ عورتوں میں جب اس کی وجہ سے مردوں جیسی علامتیں ظاہر ہوتی ہیں تو عورتوں میں پائی جانے والی طبعی علامتیں پہلے ختم ہو جاتی ہیں طمث رک جاتا ہے۔پستان اور دوسرے اعضاء تناسل میں ایٹروفی کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔اس کے بعد جسم پر بال نکلتے ہیں۔بظر بڑھ جاتا ہے اور مردوں جیسی علامتیں بھی ظاہر ہوتی ہیں۔اس کے بعد بھی بعض میں نسوانیت قائم رہتی ہے لیکن نفسیات کا شکار ہو کر HOMOSEXUAL بن جاتی ہے۔

علامات فارقہ

SIMPLE HIRSUTISM

ایسی حالت میں بازوؤں اور رانوں پر بال اُگتے ہیں بعض اوقات سینہ اور بطن پر بھی بال ہوتے ہیں۔مونچھ اور داڑھی بھی ہوتی ہے اس کے علاوہ مردوں جیسی کوئی دوسری علامتیں نہیں ہوتیں۔طمث منظم طریقے پر ہوتا ہے اور ان عورتوں میں استقرار حمل کے امکانات ہوتے ہیں کیونکہ عموماً یہ صورت موروثی ہی ہوا کرتی ہے۔

STEIN-LEVENTHAL SYNDROME

اس مرض میں جسم پر بال بہت زیادہ نہیں ہوتے اور نہ بظر ہی بڑھا ہوتا ہے۔نہ تو آواز ہی بھاری ہوتی ہے۔ثانوی احتباس طمث ہوتا ہے۔غاد کا معائنہ کرنے پر دونوں بیض کیسہ کی مانند بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ایسٹروجن اور F.S.H کا لیول کم ہو جاتا ہے۔

VIRILYZING OVARIAN TUMOUR

یہ مرض زیادہ تر جوان عورتوں کو خصوصاً ۲۰ سے ۳۰ سال کے درمیان ہوتا ہے۔ٹیومر کی وجہ سے عورتوں میں پائی جانے والی عام علامتیں ختم ہو جاتی ہیں جن کے نتیجے میں احتباس طمث ہوتا ہے اور پستانوں میں ایٹروفی پیدا ہو جاتی ہے اس کے بعد مردوں جیسی دوسری علامتیں ظاہر ہوتی ہیں۔

چہرہ اور جسم پر بال نکل آتے ہیں۔ آواز بھاری ہوجاتی ہے۔ بظر بڑھ جاتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ ساتھ سلو جبیض بھی ہوتی ہے۔

STEIN LEVENTHAL SYNDROME

STEIN اور LEVENTHAL نے ۱۹۳۵ میں اس مرض کے بارے میں معلوم کیا۔ اس مرض میں دونوں جانب کے مبیض طبعی سائز سے دو تین گنا زیادہ بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ مبیض چکنی ہوتی ہیں اور ان میں نارمل حالت میں پائی جانے والی شکنیں نہیں ہوتیں ان کا غلاف دبیز اور FIBROTIC ہوتا ہے جس کی وجہ سے مبیض کا رنگ زردی مائل سفید ہوجاتا ہے۔ ان عورتوں میں تبویض نہ ہونے کی وجہ سے ثانوی احتباس طمث اور عقر بھی ہوتا ہے جسم پر بال بھی ہوتے ہیں۔ بعض عورتیں فربہ ہوتی ہیں۔ پستان کا ڈیولپمنٹ صحیح طریقے پر نہیں ہوتا۔ PITUITARY GONADOTROPHIN کی وجہ سے رحم میں ہونے والے غیر طبعی تحریک کے نتیجے میں یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ CULDOSCOPY' LAPARASCOPY اور GYNAECOGRAPHY کے ذریعہ مبیض کی سائز بآسانی معلوم کی جاسکتی ہے۔

علاج

MRL41 اور HUMAN CHORIONIC GONADOTRO-PHIN - دیا جائے اور سرجیکل ٹریٹمنٹ کیا جائے۔

پانچواں باب

(تشوہ) (سقوم) اعضاء تناسل کی بدوضعی

نقص اعضاء تناسل کے بارے میں سب سے پہلے DIONIS نے ۱۶۸۱ میں اپنے مشاہدات پیش کیے۔ اس کے بعد CANESTRINI نے ۱۷۸۸ میں اس کے بارے میں تحقیق کی۔ لیکن ۱۸۵۰ عیسوی کے بعد مزید تحقیقات کی گئیں۔ ان میں سے زیادہ تر واقعات ایسے تھے جن کے نتیجے میں حمل یا وضع حمل میں پیچیدگیاں پیدا ہوئی تھیں۔ چنانچہ ۱۸۵۲ میں SCANZONI نے ایک ایسا کیس پیش کیا جس کے RUDIMENTARY HORN میں استقرار حمل ہوا تھا۔ اس کے بعد ۱۸۶۳ میں H. GRACE نے DOUBLE UTERUS میں ہونے والے حمل کے بارے میں اپنی رپورٹ پیش کی۔ ۱۸۸۳ میں H. KALTENBACH نے UTERUS UNICORNIS میں ہونے والے حمل کے بارے میں بتایا۔ MACGREGOR نے ۱۹۰۶ میں اس قسم کے ۳۰ واقعات کا ریکارڈ تیار کیا۔

مہبل کی غیر طبعی صورتوں کے بارے میں سب سے پہلے VOELKEL نے ۱۸۶۴ میں اپنے مشاہدات پیش کیے KERMAUNER نے ۱۹۲۴ اور ۱۹۲۳ کے درمیان اس قسم کے ۷۳ واقعات کی رپورٹ تیار کی BLACKER اور LAWRENCE نے ۱۸۹۶ میں خنثیت صادق (TRUE HERMAPHRODITISM) پر تحقیق کا کام انجام دیا۔

یہ نقص بعض اوقات ایسے ہوتے ہیں کہ طبعی افعال کو مکمل طور پر خراب کر دیتے ہیں۔ لیکن

بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی اور اتفاقیہ اس کا پتہ چلتا ہے۔
بعض اوقات حمل اور وضع حمل پر بھی اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ صرف ولادت عسیرہ (DYSTOCIA)
ہونے کی صورت میں شق قیصری (CAESAREAN SECTION) یا OBSTERTRIC
MANIPULATION مثلاً" اندرونی تدویر" (VERSION) یا مشیم کو دستکاری
کے ذریعہ نکالنے کے دوران اس کا پتہ چلتا ہے۔

نقص قاذفین

۱۔ قاذفین کا معدوم ہونا

یہ قسم بہت ہی کم ہوتی ہے اور اگر ہوتی بھی ہے تو ایسی حالت میں رحم بھی معدوم ہوتا ہے
اگر رحم موجود ہو تو قاذف کے بجائے (CORNU) میں چھوٹی مٹر کی مانند ساخت ہوتی ہے
UTERUS UNICORNIS کی صورت میں عام طور پر ایک جانب کا قاذف نہیں ہوتا۔ اور
اس جانب کا مبیض یا تو معدوم ہوتا ہے یا اس کا ڈیولپمنٹ صحیح طریقے پر نہیں ہوتا۔

۲۔ قاذف کا جزوی طور پر معدوم ہونا

بعض اوقات یہ دیکھا گیا ہے کہ قاذف کا نصف حصہ DISTAL یا PROXIMAL
ہی معدوم ہوتا ہے۔ جب صرف اندرونی نصف حصہ میں یہ صورت ہوتی ہے تو قاذف
UTERINE CORNU سے تھوڑے فاصلہ پر یکبارگی ختم ہو جاتا ہے۔ اور جب
باہری نصف حصہ موجود ہوتا ہے تو باقی حصہ ایک باریک بندھی ہوئی CORD کی مانند ہوتا ہے۔

۳۔ بعض عورتوں میں نامکمل CANALIZATION کی صورت بھی ہوا کرتی ہے۔

۴۔ بعض اوقات قاذف میں نقص نمو کی صورت ہوتی ہے۔ ایسے ٹیوب لمبے اور بہت ہی پیچدار
ہوتے ہیں اور بعض اوقات اس کے نتیجے میں قاذف میں حمل ہوتا ہے۔

۵. ACCESSORY ABDOMINAL OSTIA

بعض عورتوں میں ایک سے زیادہ ACCESSARY OSTIUM ہوتے ہیں۔
یہاں تک کہ بعض میں چھ ACCESSARY OSTIUM بھی دیکھے گئے ہیں

۶. قاذفین میں ہونے والا DIVERTICULA

۷. قاذف کا اپنی جگہ سے ہٹ جانا۔

مکمل یا جزوی طور پر قاذف کے معدوم ہونے یا دونوں قاذف کے نامکمل CANALIS-ATION کے نتیجے میں عقر مطابق ہوتا ہے ACCESSARY OSTIA اور قاذف کے DIVERTICULA کی صورت میں اگر باردار بیضہ اس میں پھرتا ہے تو اس کے نتیجے میں حمل منتبذ (ECTOPIC PREGNANCY) ہو سکتا ہے اسی طرح قاذف کے نقص نمو کی حالت میں باردار بیضہ کی حرکت صحیح طور پہ نہ ہونے کے نتیجے میں بھی حمل منتبذ ہو سکتا ہے۔

نقص رسقوم رحمی

اس کے دو اسباب ہو سکتے ہیں۔

۱. PARAMESONEPHRIC DUCT کا نقص اتصال

۲. FIBROMUSCULAR WALL کی بناوٹ میں خرابی ہونے کے نتیجے میں بننے والا سقم۔

ذیل میں انھیں تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا رہا ہے۔

PARAMESONEPHRIC DUCT کے نقص اتصال کے نتیجے میں ہونے والا سقم

۱. UTERUS DIDELPHYS

اسے UTERUS DUPLEX یا DIDUCTUS بھی کہتے ہیں ایسی حالت میں ہر ایک PARAMESONEPHRIC DUCT کی نمو علاحدہ علاحدہ ہوتی ہے

ان میں دو رحم دو عنق الرحم اور دو مجرائے مہبل علاحدہ علاحدہ ہوتی ہیں لیکن منفذ فرج عام طور پر ایک

Uterus Didelphys

Uterus Pseudo Didelphys

Uterus Bicornis Unicolis

Uterus Bicornis with one horn Rudimentary

Uterus Unicornis

Uterus Septus

Uterus Subseptus

Double Uterus -19

Bicornuate Uterus -18

ی ہوتا ہے۔ ان میں دونوں رحم کے درمیان ایک دبیز VESICORECTAL LIGAMENT ہوتا ہے۔

۲- UTERUS PSEUDO-DIDELPHYS

ستم کی اس قسم میں مہبل اور عنق الرحم کی دونوں نالیاں ایک دوسرے سے بہت قریب ہوتی

ہیں۔ دونوں رحم کے درمیان باریطون کی ایک تہہ ہوتی ہے جسے VESICO-RECTAL-FOLD کہتے ہیں

۳۔ UTERUS BICORNIS BICOLLIS

اس قسم میں جسم رحم میں FUSION ناقص طور پر ہوتا ہے۔ اوپری حصہ علاحدہ ہی ہوتا ہے جس کے نتیجے میں قاع الرحم غایب ہوتا ہے اور دو دستی معائنہ کرنے پر قاع الرحم کے ابھار کے بجائے دباؤ سا محسوس ہوتا ہے۔ ان میں عنق الرحم ایک ہی ہوتی ہے لیکن مہبل میں ایک درمیانی SEPTUM ہوتا ہے جو عنق الرحم اور جسم رحم تک پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

۴۔ UTERUS BICORNIS UNICOLLIS

ایسی حالت میں مہبل اور عنق الرحم ایک ہی ہوتی ہے لیکن جسم رحم ایک SEPTUM کے ذریعہ فم رحم تک دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے قاع الرحم صحیح طور پر ڈیولپ نہیں ہوتا۔ اور اس کا محدب حصہ دو دستی معائنہ کرنے پر محسوس نہیں کیا جا سکتا اس سقم کی تشخیص اس وقت ہوتی ہے جب کہ UTERINE SOUND استعمال کیا جاتا ہے یا جب HYSTEROSALPINGO-GRAPHY کی جاتی ہے۔

۵۔ UTERUS BICORNIS RUDIMENTARY HORN

سقم کے اس قسم میں رحم کے دو برابر حصے ہوتے ہیں لیکن ان کے ڈیولپمنٹ میں کوئی تناسب نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک مکمل طور پر ڈیولپ نہیں ہوا ہوتا ہے۔ نارمل طریقے پر ڈیولپ ہونے والا دوسرے (RUDIMENTARY HORN) سے براہ راست یا FIBROMUSCULAR BAND کے ذریعہ چپاں ہوتا ہے۔ زیادہ تر واقعات میں RUDIMENTARY HORN (مکمل طور پر ڈیولپ نہ ہونے والے حصے) اور رحم کے درمیان کوئی تعلق نہیں ہوتا۔

۴- UTERUS UNICORNIS

جب ایک MULLERIAN DUCT میں مکمل طور پر نقص نمو ہوتا ہے تو UTERUS UNICORNIS بنتا ہے۔ ایسی حالت میں ڈیولپ ہونے والا حصہ ٹیوب کی مانند ہوتا ہے اور جانب میں جھکا ہوا ہوتا ہے مخالف جانب RUDIMENTARY DUCT (مکمل طور پر ڈیولپ نہ ہونے والا حصہ) FIBROUS CORD کی مانند ہوتا ہے اور UNICORN UTERUS کے کنارے سے چسپاں ہوتا ہے۔

۷- UTERUS SEPTUS & SUBSEPTUS

اس قسم میں قاع الرحم (مکمل ڈیولپ) ہوتا ہے۔ رحم ناشپاتی کی شکل کا ہوتا ہے لیکن ایک درمیانی SEPTUM کے ذریعہ جوف جزوی یا کلی طور پر علاحدہ ہوتی ہے۔ لیکن فرق یہ ہے ہوتا ہے کہ UTERUS SEPTUS میں SEPTUM فم مہبلی تک ہوتا ہے جبکہ UTERUS SUBSEPTUS میں SEPTUM صرف فم رحم تک ہی ہوتا ہے۔

۸- UTERUS ACRUATUS

نقص کی یہی قسم عام طور پر ہوا کرتی ہے اور اگر جوف طبعی ہو تو حمل یا وضع حمل کے دوران کوئی پیچیدگی نہیں پیدا ہوتی۔

FIBROMUSCULAR WALL کے نقص ساخت کے نتیجے میں ہونے والا سقم

خنثیت کاذب (PSEUDO - HERMAPHRODITISM) کے علاوہ عام طور پر رحم مکمل معدوم نہیں ہوتا۔ مکمل طور پر ڈیولپ نہ ہونے والا رحم دراصل رحم کی دیواروں کی تکمیل (ڈیولپ) نہ ہونے کا ثبوت ہوتا ہے ایسی حالت میں رحم مہبل کے اوپری سرے پر ایک مٹر کے برابر محسوس ہوتا ہے اور عنق الرحم کا مہبلی حصہ معدوم ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں مختصر سا جوف رحم ہوتا ہے۔

جس کے ساتھ مہبل کے اوپری کنارے پر بہت باریک سا سوراخ ہوتا ہے۔ بعض میں جوف مکمل طور پر برباد ہو جاتی ہے۔ ان عورتوں میں ابتدائی احتباس طمث عام طور پر ہوتا ہے۔

INFANTILE UTERUS (UTERUS FOETALIS)

یہ صورت ڈیولپمنٹ میں رکاوٹ آجانے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے جو پیدائش کے وقت ہی ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں رحم کی مکمل لمبائی ایک یا ڈیڑھ انچ ہوتی ہے جس میں سے ⅔ حصہ میں عنق الرحم ہوتا ہے۔ عنق الرحم مخروطی اور فم مہبل بہت تنگ ہوتی ہے۔ مہبل چھوٹی اور FORNICESS سطحی ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں عام طور پر ابتدائی احتباس طمث ہوا کرتا ہے۔ بعض عورتوں میں طویل وقفے سے خون کے چند قطرے خارج ہو جایا کرتے ہیں۔ زیادہ تر عورتیں شدید قسم کے عسر طمث میں مبتلا ہوتی ہیں۔

PUBESCENT UTERUS

اس قسم کے سقم میں رحم کا ڈیولپمنٹ آٹھ دس سال تک طبعی ہوتا ہے لیکن بلوغت کے وقت اس کی گروتھ میں رکاوٹ آجاتی ہے اس کے نتیجے میں رحم کی سائز نارمل سے کم ہوتی ہے۔ جسم رحم اور عنق الرحم کی لمبائی برابر ہوتی ہے لیکن مہبل چھوٹی ہوتی ہے۔ FORNICESS سطحی ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں طویل وقفہ کے ساتھ بہت اختصار کے ساتھ طمث ہوتا ہے جس کے ساتھ عسر طمث تشنجی (SPASMODIC DYSMENORRHOEA) بھی ہوتا ہے۔ ان میں عقم بھی ہوتا ہے۔ لیکن رحمی دیوار کے صحیح طریقے پر ڈیولپ نہ ہونے کی وجہ سے حمل کے ابتدائی دنوں میں بار بار اسقاط ہو جایا کرتا ہے۔ ان کے رحم میں ACUTE ANTEFL-ECTION یا RETROFLEXION عام طور پر پایا جاتا ہے۔

نوجوان عورتوں کو اگر ابتدا ہی سے شدید قسم کا عسر طمث ہو تو اس سے سقم رحمی کا پتہ چلتا ہے۔ اور یہ نقص عام طور پر رحم کے عضلات کے نقص نمو کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

سقم رحمی میں عموماً طمث میں بے قاعدگی نہیں پائی جاتی ہے لیکن DOUBLE-UTERUS اکثر کثرت طمث کا سبب بنتا ہے مگر DOUBLE UTERUS

ہونے کی حالت میں دونوں جانب UTERUS یا CERVICAL ATRESIA
ہو تو اس کے نتیجے میں UNICORNIS کے عنق الرحم میں ATRESIA
ابتدائی احتباس طمث ہو سکتا ہے۔ سقوم رحمی کے نتیجے میں بعض اوقات عقر بھی ہو سکتا ہے لیکن
عام طور پر یہی دیکھا گیا ہے کہ رحم میں سقم ہونے کے باوجود بھی استقرار حمل بغیر کسی دقت کے ہوتا ہے۔

اسقاط معیادی HABITUAL ABORTION

رحمی سقوم کے نتیجے میں پہلے یا دوسرے شہور ثلاثہ (TRIMESTER)
میں اسقاط ہو سکتا ہے۔ اگر کسی عورت میں یہ ہسٹری پائی جاتی ہو تو ایسی حالت میں رحمی سقوم کے
امکانات ہو سکتے ہیں اور تشخیص کے لیے HYSTEROSALPINGOGRAPHY
کی مدد لی جا سکتی ہے۔

چونکہ UTERUS SEPTUS اور SUB SEPTUS میں
رحم بظاہر طبعی ہی معلوم ہوتا ہے اور معمولی کے مطابق دو دستی معاینہ کے ذریعہ اس کی تشخیص نہیں
ہو پاتی۔ اس نقص کا اس وقت تک پتہ نہیں چلتا جب تک کی قبالی پیچیدگی صورت میں
UTERINE MANPULATION نہ کیا جائے۔

BICORNUATE UTERUS یا UTERUS-
DIDELPHIS - کی تشخیص دو دستی معاینہ کے ذریعہ بآسانی کی جا سکتی ہے۔ اور تشخیص اس
وقت اور بھی آسانی سے ہو جاتی ہے جبکہ VERTICAL VAGINAL SEPTUM ہو۔
یا دو علاحدہ علاحدہ عنق الرحم ہوں۔ اس کے علاوہ اگر UTERINE SOUND
داخل کرنے کے بعد ایکسرے لیا جائے۔ یا - HYSTERO SALPINGOGRA-
PHY- کی جائے تو بھی صحیح تشخیص ہو سکتی ہے۔ اگر رحم کا مکمل حصہ عانہ کے کسی ایک
جانب ہو تو یہ صورت UTERUS UNICORNIS ہی میں ہوا کرتی ہے۔

پیچیدگیاں

اگر صحیح طور پر ڈیولپ ہونے والے BICARNUATE UTERUS کے
ایک یا دونوں اجزائے عنق الرحم، یا BICANUATE UTERUS کے صحیح طور پر ڈیولپ

نہ ہونے والے حصہ (RUDIMENTARY HORN) میں رکود کی صورت پیدا ہو جائے
تو اس کے نتیجے میں طمثی ترشح جوف رحم میں اکٹھا ہونے لگتا ہے جو بڑھ کر ایک مدور MASS
کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور کسی ایک جانب پڑا ہوا ہوتا ہے۔ اگر کسی نوجوان عورت میں اس
علامت کے ساتھ ساتھ شدید قسم کا عسر طمث بھی ہو تو ایسی حالت میں غفلت نہیں کرنی چاہیے۔ اکثر
اس MASS پر کیسہ رحمی یا FIBROMYOMA کا شبہ ہوتا ہے بعض اوقات
اس کے ساتھ ساتھ HAEMATOSALPINX بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں علاحدہ
علاحدہ تین MASS ہوتے ہیں جن میں سے ایک گلوب کی مانند ہوتا ہے۔
جو HAEMATOMETRA ہوتا ہے اور دوسرے دو پھیلے ہوئے ہوتے ہیں
جو BILATERAL HAEMATOSALPINX ہوتے ہیں۔

حمل اور وضع حمل پر سقوم رحمی کے اثرات

۱۔ حمل منتبذ ECTOPIC PREGNANCY (حمل خارج رحم)

عموماً اسے نارمل حمل ہی سمجھا جاتا ہے اور اس کی تشخیص اس وقت تک نہیں ہو پاتی
جب تک کہ وہ شق نہ ہو جائے۔ یہ انشقاق عموماً ۱۲ویں اور ۲۰ویں ہفتہ کے درمیان ہوتا ہے۔
اس میں درد کے ساتھ ساتھ شدید قسم کا باریطونی نزف بھی ہوتا ہے۔ اگر رحم کے نقص نمو کے باوجود
MYOMERIUM کا ڈیولپمنٹ صحیح طریقے پر ہوا ہو تو حمل اپنی نارمل مدت
تک قایم رہ سکتا ہے۔ اور شق قیصر CAESAREAN SECTION کے ذریعہ
زندہ جنین کو بچایا جا سکتا ہے۔ لیکن صحیح طور پر تشخیص نہ ہو سکنے کی صورت میں بچہ رحم میں مر جاتا ہے۔
اور LITHOPOEDIAN کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔

۲۔ انفتال TORSION

یہ صورت بہت ہی کم ہوتی ہے اور اگر ہوتی بھی ہے تو HORN کے کثرت تحریک
کے نتیجے میں۔

MALPRESENTATION

TRANSVERSE LIE میں UTERUS SUBSEPTUS
یا BREECH PRESENTATION ہوسکتا ہے جسے بیرونی تدوبیر۔
(EXTERNAL VERSION) کے ذریعہ درست نہیں کیا جاسکتا۔ اگر ایکسرے
کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو جنین کا سر SEPTUM کے ایک جانب
اور BREECH دوسری جانب نظر آتا ہے۔

۴. SIMULTANEOUS PREGNANCY

BICORNUATE UTERUS کے دونوں سروں میں حمل کے امکانات
ہوتے ہیں اور اس طرح سے TWIN PREGNANCY بھی ہوسکتی ہے۔

۵. SUPERFOETATION

ایسا دیکھا گیا ہے کہ ایک جنین کی پیدائش کے کئی دن یا ہفتہ کے بعد دوسرے جنین کی پیدائش ہوتی ہے۔

۶. ولادت عسیرہ DYSTOCIA

DOUBLE UTERUS ہونے کی حالت میں اگر رحم کا وہ حصہ جس
میں حمل نہیں ہے PRESENTING PART کے سامنے آجائے یا دونوں
HORN میں حمل ہو تو وہ HORN جس سے جنین خارج ہوا ہو عانہ میں گر
سکتا ہے۔ جس کے نتیجے میں دوسرے بچے کی ڈلیوری میں رکاوٹ پیدا ہوسکتی ہے۔

۷. مشیمہ محتبسہ RETAINED PLACENTA

بعض اوقات جبکہ مشیمہ UTERUS SEPTUS کے SEPTUM
سے چسپاں ہوتا ہے تو اسے دستکاری کے ذریعہ نکالنے کے وقت بھی دقت کا سامنا ہوتا ہے۔

نقص فرج و مہبل DOUBLE VAGINA

نقص کی یہ صورت بہت ہی کم ہوتی ہے اور عام طور پر اس کے ساتھ ساتھ دوسرے نقص
جیسے SPLIT PELVIS یا ایک کلیہ معدوم ہونا بھی ہوتا ہے۔

SEPTATE VAGINA

یہ نقص اکثر ہوا کرتا ہے جس میں SEPTUM یا تو عمودی ہوتا ہے یا
عرضی۔ جزوی بھی ہوتا ہے اور مکمل بھی۔ یہ مجرائے مہبل کو دو حصوں میں تقسیم کر دیتا ہے لیکن
دونوں حصے برابر نہیں ہوا کرتے۔ ان میں سے ایک نسبتاً چھوٹا اور تنگ ہوتا ہے SEPTUM

VAGINAL SEPTUM

کی دبازت تبدیل ہوتی رہتی ہے۔ اس کی ساخت میں کنارے کی جانب مہبلی غشاء مخاطی اور
درمیان میں عضلاتی انسجہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ SEPTUM
نامکمل ہونے کی وجہ سے پوری لمبائی تک نہیں پہنچتا۔

باکرہ عورتوں میں عموماً اس کی تشخیص نہیں ہو پاتی۔ اور شادی کے بعد یہ عورتیں
DYSPAREUNIA میں مبتلا ہو جاتی ہیں خصوصاً جب کہ دخول تنگ حصہ میں
ہوتا ہو اگر دخول و انزال ہمیشہ اسی حصہ میں ہوتا رہا جس میں عنق الرحم نہیں ہے تو اس کے
نتیجے میں عقر ہوتا ہے۔ حمل اور وضع حمل پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا کیونکہ جنین کے گذرتے
وقت SEPTUM ایک کنارے دب جایا کرتا ہے بہت کم ایسا ہوتا
ہے کہ اس کے نتیجے میں وضع حمل کے وقت کوئی رکاوٹ پیدا ہو۔ اگر وضع حمل کے دوران

یہ شق ہو جائے تو اس کے نتیجے میں شدید قسم کا جریان دم ہوتا ہے۔

UNILATERAL VAGINA

نقص کی یہ صورت بہت کم ہوتی ہے اگر ہوتی بھی ہے تو
کے ساتھ۔ ایسی حالت میں مہبل تنگ اور درمیان کے بجائے کسی ایک
جانب ہوتی ہے۔

HAEMATOCOLPOS

اس کے نتیجے میں CRYPTOMENORRHOEA ہوتا ہے، جسے
"HIDDEN MENSTRUATION" بھی کہتے ہیں۔ ایسی حالت میں منفذ پر ایک
غشار ہوتی ہے اسے غشار بکارت غیر مثقوب (IMPERFORATE HYMEN)
کہا جاتا ہے۔ اس مرض میں مبتلا لڑکیوں کو جب طمث شروع ہوتا ہے تو اس غشار کے نتیجے میں

HAEMATOCOLPOS

دم طمثی مہبل سے باہر خارج نہیں ہوتا ہے اور مہبل ہی میں اکٹھا ہونے لگتا ہے ایسی حالت
کو HAEMATOCOLPOS کہتے ہیں۔ اس کے نتیجے میں مہبل متنفخ
اور لچکدار ہوتی ہے اور وہاں پر ایک بڑی کیسہ کی مانند ورم ہوتا ہے جو عانہ کو پُر کرنے کے
بعد بعض اوقات جوف بطن تک پہنچ جاتا ہے۔ اگر یہ صورت ایک عرصہ تک قائم رہے تو اس

کے نتیجے میں جوف رحم میں بھی نفخ پیدا ہو جاتا ہے اور HAEMATO.METRA
ہوتا ہے اور اگر قاذف میں یہ صورت پیدا ہو جائے تو HAEMA - BILATERAL
ATOSALPINX _ ہوتا ہے۔

غشار بکارت غیر مثقوب ہونے کی تشخیص بچی کی پیدائش کے فوراً بعد ہی ہو جاتی ہے۔
اگر ۱۵-۱۶ سال کی عمر تک اس کے بارے میں نہ معلوم ہو تو ان لڑکیوں میں طمث تاخیر سے شروع ہوتا ہے ان کے بطن میں درد ہمیشہ رہتا ہے جو طمث کے دنوں میں زیادہ تکلیف دہ ہو جایا کرتا ہے۔ بعض لڑکیوں میں مہبل کے دباؤ کے نتیجے میں احتباس بول بھی ہوتا ہے۔ فرج کا معائنہ کرنے پر ایک سخت نیلگوں غشار نظر آتی ہے۔

ان عورتوں کا سرجیکل ٹریٹمنٹ کیا جاتے۔

MUCOCOLPOS

وہ حالت ہے جس میں مہبل میں خون کے بجائے مخاطی رطوبت اکٹھا ہو جاتی ہے۔ اس کا علاج HAEMATOCOLPOS ہی کی مانند کرنا چاہیے۔

VAGINAL ANUS

اس میں مبرز معدوم ہوتی ہے اور اس کی جگہ پر صرف ایک نشان سا ہوتا ہے اور مقعد مہبل کے خلفی دیوار کے زیریں ⅓ پر ملی ہوئی ہوتی ہے۔

VESTIBULAR ANUS

اس میں مبرز کا سوراخ VESTIBULE میں ہوتا ہے اور مبرز کی جگہ صرف ایک نشان سا ہوتا ہے۔ عام طور پر ایسی حالت میں SPHINCTERIC CONTROL صحیح طریقے پر ہوتا ہے ان میں عجان نہ ہونے کی وجہ سے وضع حمل کے دوسرے درجہ میں کوئی دقت نہیں ہوتی۔ SPHINCTERIC CONTROL صحیح ہونے کی صورت میں کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ بصورت دیگر سرجیکل ٹریٹمنٹ کریں۔

(VESTIBULAR ANUS) (۷۹)

مہبل کا خلقی طور پر معدوم ہونا

یہ بہت ہی کم ہوتا ہے۔ اور اگر ہوتا ہے تو اس کے ساتھ عام طور پر رحم بھی معدوم ہوتا ہے۔ بعض اوقات BICORNUATE UTERUS بھی ہوتا ہے۔ ان عورتوں میں مجرائے تناسل کے نقص کے ساتھ ساتھ مجرائے بول میں بھی نقص پایا جاتا ہے۔

چھٹا باب

طمثی عوارض

احتباس طمث AMENORRHOEA

بالغ عورتوں میں اگر طمث نہ ہو تو ایسی حالت کو احتباس طمث کہا جاتا ہے اگر ۱۸ سال کی عمر تک طمث نہ شروع ہو تو اسے ابتدائی احتباس طمث (PRIMARY AMENORRHOEA) کہتے ہیں اور اگر پہلے طمث جاری ہوا ہو اور اس کے بعد رک جائے تو اسے ثانوی احتباس طمث (SECONDARY AMENORRHOEA) کہتے ہیں اگر طمث ہو لیکن کسی خلقی نقص (مثلاً غشار بکارت کا غیر مثقوب ہونا مجرائے عنق الرحم کا محروم ہونا یا TRANSVERSE VAGINAL SEPTUM کی وجہ سے دم طمث باہر نہ خارج ہوتا ہو تو اسے CRYTOMENORRHOEA کہتے ہیں۔ بلوغت سے قبل۔ سن یاس کے بعد اور رضاعت کے دوران ہونے والے احتباس طمث کو طبعی احتباس طمث PHYSIOLOGICAL AMENORRHOEA کہا جاتا ہے

طمث شروع ہونے کی عمر تمام عورتوں میں یکساں نہیں ہوتی۔ عام طور پر سرد آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں میں گرم آب و ہوا میں رہنے والی عورتوں کی بہ نسبت طمث دیر سے شروع ہوتا ہے۔ اگر ۱۸ سال کی عمر کے بعد بھی طمث نہ شروع ہو تو GYNAECOLOGICAL INVESTIGATION ضروری ہے

ہر مہینے طمث کی مکمل مدت میں تقریباً 50 — 100 C.C. خون خارج ہوتا ہے خون کی رنگت سے اس کی کیفیت کا اندازہ لگایا جا سکتا ہے چنانچہ اگر اس کا رنگ گلابی ہو تو نارمل۔ شوخ سرخ ہو تو زیادتی اور اگر گہرا یا سیاہی مائل ہو تو طمث کی کمی کا پتہ چلتا ہے عام طور

پراس خون کو جذب کرنے کے لیے روزآنہ صرف دو پیڈ کافی ہوتے ہیں۔
دم طمث مندرجہ ذیل اشیاء پر مشتمل ہوتا ہے۔

۱۔ غشاء مبطن رحم کے برباد شدہ اجزاء۔
۲۔ FIBRIN کے علاوہ خون کے دوسرے عناصر۔
۳۔ مخاط عنق الرحم
۴۔ مہبلی ترشح

ایک طبعی دورہ طمث کے لیے HYPOTHALMUS قدامی نخامیہ مبیض اور غشاء مبطن رحم کے درمیان ہارمونی تعلق بہت ضروری ہے۔ اگر یہ تسلسل کسی طرح منقطع ہو جائے تو اس کے نتیجے میں احتباس طمث ہوتا ہے۔

ذیل میں اسباب کے اعتبار سے بیان کیا جارہا ہے۔

۱۔ HYPOTHALMIC اسباب

بعض اوقات جذباتی ہیجان جیسے حادثات یا کسی شخص کی موت جس سے بہت جذباتی لگاؤ رہا ہو یا حمل کا خوف یا حاملہ ہونے کی وجہ سے زیادہ خواہش کے نتیجے میں احتباس طمث ہو سکتا ہے اسی طرح بعض حساس عورتوں میں NERVOUSNESS یا EMOTIONAL UPSET کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہوتا ہے۔ احتباس کی اس قسم میں نخامیہ کے قدامی حصہ کے GONADOTROPHIN یا مبیض کے افعال میں خلل واقع ہوتا ہے نتیجے میں بھی نخامیہ کا قدامی حصہ متاثر ہوتا ہے جس کے نتیجے میں احتباس طمث ہو سکتا ہے۔

۲۔ غدد غیر ناقلہ (باطن الافراز) کے نتیجے میں ہونے والا احتباس طمث

غدد باطن الافراز سے تعلق رکھنے والے بہت سے امراض ایسے ہیں جن کے نتیجے میں احتباس طمث ہوتا ہے انھیں تفصیل کے ساتھ چوتھے باب میں بیان کیا گیا ہے یہ امراض

FROHLIC SYNDROME SHEEHAN'S SYNDROME
PITUITARY DWARFISM STEIN LEVENTHAL SYNDROME TURN-
ER'S SYNDROME MYXOEDEMA CRETENISM اور مبیض یا مجاور کلیہ کے MASCULISING
TUMOUR ہیں۔

۳۔ رحمی اسباب

رحم دبہل کی عدم موجودگی۔ رحم کے نقص نمو یا INFANTILE UTERUS کے
نتیجے میں بھی احتباس طمث ہو سکتا ہے۔ ان لڑکیوں کے مبیض کے افعال نارمل ہونے کی وجہ سے
ہڈیوں کی گروتھ اور ثانوی جنسی علامتیں اچھی طرح ڈیولپ ہوتی ہیں اگر مبیض (خصیۃ الرحم) میں کوئی
خرابی ہو تو ان لڑکیوں کے پستان مکمل طور پر ڈیولپ نہیں ہوتے اور غدد تناسلی کے نقص نمو کی
دوسری علامتیں بھی موجود ہوتی ہے۔

اسقاط کے بعد بار بار ہونے والا تعدیہ یا نفاسی تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والے GAN-
GRENOUS ENDOMETRITIS جس میں غشاء مبطن رحم مع سطحی حصہ
کے برباد ہو جاتا ہے۔ اس میں بھی مکمل طور پر احتباس طمث ہوتا ہے۔ جو لا علاج ہے
بعض اوقات اسقاط یا نفاس کے بعد CURETTAGE کرنے سے جس کے نتیجے
میں غشاء مبطن رحم کا سطحی حصہ کھرچ جائے احتباس طمث ہو سکتا ہے

۴۔ سرجری یا RADIO THERAPY کے نتیجے میں ہونے والا احتباس طمث

CAESAREAN HYSTERECTOMY HYSTERECTOMY BILATERAL
SALPINGO OOPHORECTOMY (TUBO-OVARIAN MASSES کے لیے)

یا مبیض سلعات کے لیے OVARIOTOMY احتباس طمث کے اہم اسباب شمار کئے
جاتے ہیں۔

۵۔ ترکیبی اسباب CONSTITUTIONAL CAUSES

بعض اوقات نقص تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والے شدید قسم کے انیمیا، درن، یا مغرمن ملیریا

احتباس طمث کا عام سبب ہوا کرتے ہیں۔اس کے علاوہ ٹائیفائیڈ یا دوسرے ایسے بخار جس میں (EXANTHEMATOUS FEVER یا SKIN ERUPTION ہوں) ان کے نتیجے میں چند مہینوں کے لیے احتباس طمث ہوجایا کرتا ہے۔جو تندرست ہونے کے بعد خود بخود ختم ہوجاتا ہے۔

۶۔ سمن مفرط OBESITY

اس حقیقت کے باوجود کے فربہ کا تعلق باطن الافراز عوارض سے ہے یہ دیکھا گیا ہے کہ زیادہ تر عورتوں ENDOCRINE ABFORMALITIES کی کوئی علامت نہیں ہوا کرتی اس کے باوجود فربہ عورتوں میں طویل وقفہ سے قلت طمث کی ہسٹری ہوتی ہے یا ان میں سے اکثر احتباس طمث میں مبتلا ہوتی ہیں۔

تشخیص

عام طور پر معائنہ کے دوران احتباس کا سبب معلوم ہوجایا کرتا ہے۔اگر معائنہ کے ذریعہ سبب نہ معلوم ہوسکے تو پھر غدد باطن الافراز کی خرابیوں کے بارے میں INVESTIGATION کرانا چاہیئے۔

ہسٹری

اگر کسی نوجوان عورت کے HYDOGASTRIUM میں شدید قسم کا درد رہا کرتا ہو اس میں اعضا تناسل کی (MALFORMATIONS) کے امکانات ہوسکتے ہیں فربہ عورتوں کے بارے میں یہ معلوم کیا جائے کہ طمث کے رکنے اور وزن کے بڑھنے میں کوئی تعلق تو نہیں آیا جیسے جیسے وزن بڑھتا گیا ویسے ہی طمث میں بدنظمی آتی گئی۔بعض اوقات بعض مزمن امراض کے نتیجے میں یا اگر عورت کسی حاد مرض میں مبتلا ہوئی تو اس کی وجہ سے بھی احتباس طمث ہوسکتا ہے۔اسی طرح جذباتی صدمہ ثانوی احتباس طمث کا سبب بنتے ہیں۔اسقاط یا وضع حمل کے بعد ہونے والے شدید قسم کے تعدیہ کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہوسکتا ہے۔اسی طرح اگر CURETTAGE کے وقت طاقت کے ساتھ اسی طرح SCRAP کیا جائے کہ غشاء مبطن

رحم کی پوری دبازت تک اس کا اثر پہنچے تو اس کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہو سکتا ہے۔

معائنہ

معائنہ کے وقت جسم کی گروتھ کے بارے میں معلوم کیا جاتے تاکہ غدد باطن الافراز کے غیر طبعی صورتوں کے بارے میں معلوم ہو سکے۔ کیونکہ گروتھ کا رک جانا PITUITARY DWARFISM یا CRETIN شدید قسم کے نزف بعد ولادت کے نتیجے میں ہونے والی کمزوری۔
یا FROHLICHS' SYNDROME سمن مفرط SIMMOND'S DISEASE
میبض کے CUSHING SYNDROME VIRILIZING EFFECTS
کے ٹیومر ADRENAL یا MASCULINIZING TUMOUR
ADRENAL HYPERPLASIA STEIN LEVENTHAL SYNDROME
کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہوا کرتا ہے۔

بیرونی اعضاء کا معائنہ بہت دھیان کے ساتھ کرنا چاہیئے کیونکہ ان کی نشونما سے میبض کی کیفیت کا پتہ چلتا ہے۔ شفران کو علاحدہ کر کے منفذ کو دیکھا جائے تاکہ غیر مثقوب غشاء بکارت یا مہبل کے محروم ہونے کے بارے معلوم ہو سکے مہبل اور عنق الرحم کے معائنہ کے لیے SIMS یا BIVALVE SPECULUM استعمال کیا جائے اعضاء تناسل کے نقص نمو کی صورت میں مجرائے مہبل چھوٹی ہوتی ہے FORNICES سطحی ہوتے ہی عنق الرحم کا مہبلی حصہ چھوٹا اور مخروطی ہوتا ہے۔ فم مہبلی باریک اور تنگ ہوتی ہے۔ نقص نمو کے ساتھ اگر INFANTILE UTERUS بھی ہو تو عنق الرحم کا مہبلی حصہ محروم ہوتا ہے اور فم مہبلی کی جگہ پر ایک گڈھا سا ہوتا ہے جس میں چھوٹا سا سوراخ ہوتا ہے۔ دو دستی معائنہ کرنے پر رحم INFANTILE ' HYPOPLASTIC اور بعض اوقات مکمل طور پر ڈیولپ نہیں ہوتا۔ یا بہت اوقات نہیں بھی ہوتا۔ دونوں جانب میبض کیسہ کے مانند ہونا یا کسی ایک FORNIX میں سلعہ کا ہونا باطن الافراز کے عوارض پر دلالت کرتا ہے۔

احتباس طمث کی تشخیص کے دوران درجہ ذیل INVESTIGATIONS بہت ضروری ہیں

۱- ROUTINE BLOOD COUNT
۲- E.S.R.

۳- صدر کا ایکسرے

علاج

بہتر یہی ہے کہ علاج سے قبل INVESTIGATION کے ذریعہ یہ پتہ لگا لیا جائے کہ احتباس طمث کن اسباب کے نتیجے میں ہے عام طور پر یہ دیکھا گیا ہے کہ اس مرض کے علاج میں ہمیشہ کامیابی حاصل نہیں ہوتی کیونکہ زیادہ تر واقعات میں اس کا صحیح سبب نہیں معلوم ہو پاتا اور اگر ابتدائی احتباس طمث میں ثانوی احتباس طمث جیسے بہت دن نہ گذرے ہوں اس کی پراگرس عام طور پر اچھی ہوتی ہے IMPEFOR ATE HYMEN غشاء بکارت غیر مثقوب TRANSVERSE VAGINALSEPTUM یا HAEMATOCOLPOS کے لیے جراحی علاج ضروری ہے اگر کوئی SYSTEMIC مرض اس کا سبب ہو تو مناسب علاج کے بعد طمث شروع ہو سکتا ہے۔

بہت ہی زیادہ UNDER DEVELOPED رحم یا ورم غشاء مبطن رحم غانغرانی GANGRANEOUS ENDOMETRITIS کے نتیجے میں ہونے والے احتباس طمث کا کوئی علاج نہیں۔ اگر نفسیاتی اسباب کے نتیجے میں احتباس طمث ہو تو اسے دور کر دینے کے بعد طمث پھر سے شروع ہو سکتا ہے ۔

ENDOCRINE THERAPY

ابتدائی احتباس طمث

غدد غیر ناقلہ کے عوارض کے نتیجے میں ہونے والا ابتدائی احتباس طمث کا علاج چوتھے باب میں بیان کیا جا چکا ہے۔ اگر رحم کی گروتھ نامکمل ہو اور یہ یقین ہو جائے کہ نظام باطن الافراز میں کوئی خلل نہیں ہے تو PROGESTERONE اور OESTROGEN دیا جا سکتا ہے عام طور پر یہ دیکھا گیا ہے کہ علاج روک دینے کے بعد طمث رک جاتا ہے لیکن CYCLIC THERAPY کے نفسیاتی اثرات بہت اچھے ہوتے ہیں ہر مہینے طمث ہو جانے کی وجہ سے مریضہ کو ذہنی سکون حاصل ہوتا ہے۔ اس مقصد کے لیے ETHINYL OESTRADIOL (0.05mg) کی

ایک ٹیبلیٹ (قرص) دن میں تین بار تین دن تک دی جائے۔ اگر دس دن کے اندر طمث شروع نہ ہو تو PROGESTERONE (25 mg) کا عضلی انجکشن ایک دن کے ناغے سے تین انجکشن دیئے جائیں۔

اگر غدہ نخامیہ کی خرابی یا تبویض نہ ہونے کے نتیجے میں ابتدائی احتباس طمث ہو تو
COMBINED HUMAN - یا CLOMIPHENE
CHORIONIC GONADOTROPHIN دیا جائے

ثانوی احتباس طمث

OESTROGEN (2.5 mg) اور PROGESTERONE (25 mg) کا عضلی انجکشن روزآنہ دو دنوں تک دیا جائے۔

CURETTAGE AND DILATATION

بعض اوقات اسقاط فوتی MISSED ABORTION کی حالت میں مادہ حمل کے اخراج اور احتباس طمث ضربی TRAUMATIC AMENORRHOEA کے لیے یہ طریقہ مفید ثابت ہوتا ہے کیونکہ اس کے نتیجے میں طمث شروع ہوجاتا ہے۔

اگر STEIN-LEVENTHAL SYNDROME کی وجہ سے احتباس طمث ہو تو PITUITARY FOLLICLE STIMULATING HORMONE اور CHORIONIC GONADOTROPHIN HORMONE دیا جائے

احتباس طمث ضربی TRAUMATIC AMENORRHOEA

بعض اوقات پیچیدہ وضع حمل یا اسقاط کے نتیجے میں فم رحمی میں رکو دیا تسدید کی صورت پیدا ہو جاتی ہے جس پر ہارمون کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں محرائے عنق الرحم کا توسع ہی بہترین علاج ہے۔ بعض اوقات عنق الرحم اتنی تنگ ہوتی ہے کہ صرف UTERINE SOUND ہی داخل کی جاسکتی ہے لہٰذا ایسی حالت میں FALSE PASSAGE بنانے سے پرہیز کیا جائے اور صرف HEGARS DILATOR (NO. 8) ہی استعمال کی جائے۔

یونانی علاج

اگر غلبہ سودا کے نیتجے میں احتباس طمث ہو تو چند دنوں تک مصفیات دم اور منضجات سودا پلا کر مہل دیں۔ مندرجہ ذیل دواؤں سے آبزن کرائیں۔

تخم کتاں تخم خطمی۔ گل بالونہ۔ سبوس گندم مکور خشک زوفا خشک۔ پودینہ خشک

مندرجہ بالا دواؤں کو پانی میں جوش دے کر ان کا صاف پانی کسی بڑے ٹب میں لے کر مریضہ کو اس میں بٹھائیں۔

اگر غلبہ بلغم ہو تو منضجات بلغم پلا کر مہلات دیں۔ حب ایارج دیں۔ اس کے بعد طمث سے ایک ہفتہ پہلے دو تین دن تک تخم کرفس۔ انیسون بادیان۔ پودینہ۔ مشک طرا مشیع شہد خالص کا جوشاندہ پلائیں۔ مندرجہ ذیل دواؤں سے آبزن کرائیں۔

گل بالونہ۔ اکلیل الملک۔ صعتر۔ سداب۔ پودینہ۔ مرزنجوش۔ تخم شبت۔

پانی میں جوش دے کر آبزن کرائیں۔ طمث جاری ہونے کے لیے یہ نسخہ دیں۔

پوست املتاس۔ پرسیاؤشاں۔ مشک طرا مشیع۔ قند سیاہ کہنہ پانی میں جوش دے کر پلائیں۔ مندرجہ ذیل دواؤں کے حبوب بنا کر استعمال کرائیں۔

مرمکی۔ جاؤشیر۔ حلتیت مجیٹھ۔

ان دواؤں کو پیس کر بکھیرہ کی تازہ جڑ کے عرق میں ملا کر چنے کے برابر حبوب بنالیں اور تازہ پانی کے ہمراہ استعمال کرائیں برودت رحم کے لیے درجہ ذیل نسخہ دیں

مرمکی۔ ترمس۔ پودینہ خشک۔ برگ سداب۔ مشکطرا مشیع۔ مجیٹھ۔

سب دواؤں کو باریک کوٹ چھان کر ہینگ۔ سکنجبیں۔ جاؤشیر کو پانی میں گھول کر چھان لیں۔ اور ان میں پسی ہوئی دوائیں ملا کر قرص بنالیں اور درجہ ذیل جوشاندہ کے ہمراہ استعمال کرائیں۔

ابہل۔ پرسیاؤشاں۔ مشکطرا مشیع۔ ترمس۔ پودینہ خشک۔ نبات سفید

ان دواؤں کو تھوڑے سے پانی میں جوش دے کر پلائیں۔ حرارت رحم کے لیے شیرہ تخم خرفہ مغز تخم کدو شیریں تخم خبازی اور شربت نیلوفر سے تبرید پہنچائیں۔

شربت لیموں ۔ شربت صندل اور شربت خشخاش دیں ۔
شیرخشت ۔ مغز تخم کدو شیریں ۔ تخم خبازی ۔ بادیان سماق ۔ ان دواؤں کو باریک پیس
کر پانی میں فرزجہ بنا کر استعمال کرائیں ۔
یبوست رحم کے لیے
مرغن غذائیں دیں ۔ مغز بادام اور شیر گاؤ دیں ۔ لعاب بہدانہ ۔
شیرہ مغز تخم کدو شیریں ۔ شیرہ مغز تخم تربوز ۔ عرق گاؤزباں اور شربت نیلوفر کے
ہمراہ دیں ۔
درجہ ذیل دواؤں سے آبزن کرائیں ۔
گل بنفشہ ۔ گل نیلوفر ۔ تخم خطمی ۔ جو مقشر ۔ پوست خشخاش ۔
بیری کے پتے پانی میں ابال کر اس پانی میں مریضہ کو بٹھائیں ۔
OBESITY / سمن مفرط کے لیے ۔
غذا کی مقدار کم کر دیں ۔ ریاضت کے لیے تاکید کریں ۔ خلو ر محرہ میں حمام کرائیں ۔
اطریفل صغیر ۔ معجون کمونی یا انیسون ۔ گلقند کے ہمراہ دیں
طمث سے قبل اجوائن ۔ تخم حلبہ ۔ تخم کرفس ۔ انیسون ۔ اسارون ۔ اور
گلقند کا جوشاندہ پلائیں ۔
جب مدر یا شربت مدر یا شربت معتدل دیں ۔ ۔

کثرت طمث MENORRHAGIA

طمث کے دوران بہت زیادہ مقدار میں خون کے خارج ہونے کو MENORRHAGIA
کہا جاتا ہے ۔ ایسی حالت میں عام طور پر دورہ مدت پر کوئی اثر نہیں پڑتا صرف خون زیادہ مقدار
میں خارج ہوا کرتا ہے ۔ ACYCLIC بلیڈنگ جو غیر منظم طریقے پر مسلسل ہوتی ہے
اسے MENOMETRORRHAGIA کہا جاتا ہے کثرت طمث کے مندرجہ ذیل
اسباب ہو سکتے ہیں ۔

۱ ۔ نسوانی حالات
۲ ۔ قلبی وعائی امراض

۳- عوارض دموی

۴- مبیض کے نقص افعال کے نتیجے میں جریان دم ہونا -

بعض اوقات INTRAMURAL GROWTH کے نتیجے میں بھی کثرت طمث ہوتا ہے اس کے درجہ ذیل اسباب ہو سکتے ہیں -

۱- جوف رحم کے پھیلنے اور مسخ ہونے کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم سے جریان دم ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں -

۲ غشاء مبطن رحم میں ہونے والا فرط استناج HYPEPLASIA

۳ SUBMUCOUS GROWTH یا SUBENDOMETRIAL VEIN کے نزدیک ہوتی ہے اشق ہو جانے کے نتیجے میں جریان دم ہوتا ہے -

۴ جریان دم کنٹرول کرنے والے رحمی انقباض میں مزاحمت -

PELVIC ENDOMETRIOSIS اور ADENOMYOSIS

ایسی حالت میں غشاء مبطن رحم ایسٹروجن کی تحریک بڑھ جاتی ہے یہ جریان دم نقص فعل کے نتیجے میں ہوتا ہے جسے DYSFUNCTIONAL BLEEDING کہتے ہیں

یہ جریان دم غشاء مبطن رحم سے PROLIFERATIVE FACE میں ہوتی ہے

یا غشاء مبطن رحم کے مکمل طور پر ڈیولپ ہونے والے CYSTIC ADENOMATOUS HYPERPLASIA سے ہوتی ہے

ADENOMYOSIS ہونے کی حالت میں جوف رحم پھیل کر بڑھ جاتا ہے اور ایسی حالت میں کثرت طمث غشاء مبطن رحم کے BLEEDING SURFACE کے بڑھ جانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ عروق دمویہ کی زیادتی کے علاوہ عانہ میں ہونے والا اجتماع، دم طمث کے دوران خون کے زیادہ خارج ہونے کا سبب بنتا ہے -

التہاب عانہ

عانہ میں ہونے والے کسی بھی قسم کے مرض تعدیہ میں POLYMENORRHAGIA عام طور پر ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں تھوڑے تھوڑے وقفہ کے بعد شدید قسم کا جریان دم ہوتا ہے

عام طور پر احشاء عانہ میں اجتماع دم ہونے کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم سے بلیڈنگ ہوا کرتی ہے جو مبیض کے افعال میں خلل واقع ہونے کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

ضغط الدم
HYPERTENSION

پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ ضغط الدم خواہ اس کے ساتھ کلیہ کے مزمن امراض ہوں یا نہ ہوں کثرت طمث کا سبب بنتا ہے۔ لیکن اب اس امر کی تحقیق ہو چکی ہے ضغط الدم کے نتیجے میں کثرت طمث اس وقت تک ہو سکتا جب تک کہ رحم کے عروق میں صلابت کی صورت نہ پیدا ہو جائے۔

عوارض دموی

THROMBOCYTOPOENIC PURPURA-BLOOD DYSCRASIAS

وٹامن سی۔ کی کمی۔ کریات حمراء کی بڑھتی ہوئی نزاکت

CHRISMAS DISEASE اور PSEUDO HAEMOPHILIA

بھی کثرت طمث کا سبب بن سکتے ہیں۔ اسی لیے ضروری ہے کہ مریضہ کے خون کی مکمل جانچ کرائی جائے۔

DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

یہ اصلاح صرف ان ہی عورتوں کے لیے استعمال کی جا سکتی ہے۔ جن کے اعضاء تناسل میں کوئی ایسے LESION نہ ہوں معائنہ کے وقت PALPATE کیا جا سکتا ہو یہ صورت عورت کی طمثی زندگی کے دوران کبھی بھی ہو سکتی ہے لیکن عام طور پر سن بلوغ یا سن یاس کے دوران ہی زیادہ ہوتی ہے

DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING کی حالت میں رحمی مبیضی اور نخامی AXIS میں یکسانیت نہیں ہوتی جریان دم تبویض کے بعد یا تبویض کے بغیر ہو سکتی ہے غشاء مبطن رحم میں فرط استناج HYPERPLASIA سن بلوغ اور سن یاس کے درمیان کبھی بھی ہو سکتا ہے۔ لیکن ۲۰ سال سے کم عمر کی لڑکیوں اور

سن یاس کو پہنچنے والی عورتوں میں زیادہ ہوتا ہے اور یہ ANOVULAR CYCLE کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ اسقاط حمل (SPONTANEOUS ABORTION) اور مادہ حمل کو عمل جراحت کے ذریعہ نکالنے کے نتیجے میں دو تین طمث بے قاعدگی اور شدت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ طمث جلد ہی ختم ہوتا ہے کہ کسی جذباتی ہیجان کے نتیجے میں یکبارگی شدید قسم کی بلیڈنگ شروع ہو جاتی ہے۔ اسی طرح شق قیصری۔ CAESAREAN SECTION کے بعد بھی ابتدائی چند مہینوں تک طمث شدت کے ساتھ طویل عرصہ تک ہوتا ہے اور بغیر کسی علاج کے اپنے آپ ہی ختم ہو جاتا ہے یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ شادی کے بعد ابتدائی چند مہینوں تک بعض عورتوں کو بے قاعدگی اور شدت کے ساتھ طمث ہوا کرتا ہے۔

علامات و عوارض

عام طور پر اس مرض میں مبتلا عورتیں انیمیا کا شکار ہوتی ہیں بعض عورتوں میں انجماد دم میں خرابی کی ہسٹری بھی پائی جاتی ہے دو دستی معائنہ کرنے پر رحم یا تو نارمل سائز ملتا ہے یا تھوڑا بڑھا ہوا۔ بعض اوقات ایک یا دونوں مبیض بڑھی ہوئی اور کیسہ کی مانند ہوتی ہیں۔ اگر بواسیر عنق الرحم (POLYPI) ہو تو مجرائے عنق الرحم کھلا ہوا ہوتا ہے۔ معائنہ کے وقت سے محسوس کیا جا سکتا ہے اور منظار کے ذریعہ دیکھا بھی جا سکتا ہے۔ یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیئے کہ سن یاس کے دوران جسم رحم کے کینسر کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں جس کے نتیجے میں کثرت طمث کی صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

INVESTIGATIONS

BLOOD EXAMINATION

I COMPLETE BLOOD COUNT

II BLEEDING AND COAGULATION TIME

III PLATELET COUNT

IV TEST FOR FRAGILITY OF R.B.C AND PLASMA

V FIBRINOGEN TEST FOR COAGULATION DEFECTS

۲۔ علاجی اور تشخیص CURETTAGE کیا جائے۔ تشخیص CURETTAGE
اس دن کیا جائے جس دن طمث شروع ہوا ہو۔

۳۔ HYSTEROGRAPH
شک ہو تو جریان دم رک جانے کے بعد HYSTEROGRAPH کیا جائے۔

علاج

RUTIN وٹامن سی اور وٹامن K کا مرکب اور دوسری Styptic
دوائیں دیں۔
اگر انیمیا ہو تو خوردنی طور پر انجکشن کے ذریعہ مولد دم ادویات دی جائیں اگر ضرورت ہو تو
Blood Transfusion بھی کریں۔
ایسٹروجن۔ اینڈروجن۔ اور پروجیسٹرون دیں۔ اس مقصد کے لیے -NOR
PROGESTOGEN-OESTROGEN یا - ETHISTERONE
کا مرکب دیا جائے جریان خون کو روکنے کے لیے دس سے پندرہ ملی گرام روزانہ تین چار دن تک اور
بلیڈنگ رکنے کے لیے پانچ سے دس ملی گرام روزآنہ دس دن تک دینا چاہیئے۔ اس کے استعمال
کے دو تین دن کے بعد WITHDRAWL BLEEDING شروع ہو جاتی ہے۔
غشاء مبطن رحم کے فرط استناج سے بچنے کے لیے Progestogen (5 mg)
تو دنی خود پر روزآنہ پانچویں سے بیسویں دن تک دیا جائے۔
یہ علاج تین دورے تک جاری رکھنا چاہیئے یا (I. M.) Progestogen
(5-10mg) روزآنہ بیسویں دن سے شروع کر کے پانچ دن تک دیں۔ یہ دوائیں۔
ENDOMETRIAL HYPERPLASIA (غشاء مبطن رحم کے فرط استناج) سے
محفوظ رکھتی ہیں۔ اور اس کے SHEDDING میں مدد کرتی ہیں اور تبویض کے ساتھ

اور بغیر تبویض کے ہونے والے، دونوں قسم کے کثرت طمث میں مفید ہیں
ایسٹروجن F.S.H. کے ترشح کو روکتا ہے جس کے نتیجے میں غشار مبطن رحم پر ایسٹروجن کا
اثر ختم ہو جاتا ہے۔ جریان دم رکنے کے لیے ETHINYL OESTRADIOL
(0.01mg) یا STILBOESTROL (5mg) ہر چار گھنٹے سے اس
وقت تک دیا جائے جب تک کہ جریان دم رک نہ جائے۔ عام طور پر ۲۴ گھنٹے میں جریان دم
رک جایا کرتا ہے۔ اس کے بعد دو قرص روزانہ مزید دو ہفتہ تک دیا جائے اس کے دو
تین دنوں کے بعد WITHDRAWL BLEEDING شروع ہو جاتی ہے
(1.25mg) (PREMARIN) OESTERONE SULPHATE
کی دو قرص دن میں تین چار دن تک دی جا سکتی ہے اگر استفادہ جلد حاصل کرنا مقصود ہو تو
I.V. (20mg) OESTRONE SULPHATE بھی دیا جا سکتا ہے
عموماً ایک ہی انجکشن کافی ہوتا ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے بعد ایک دوسرا انجکشن بھی دے دینا
چاہیئے۔ اس انجکشن کو بہت آہستہ آہستہ دینا چاہیئے ورنہ متلی اور قے کے امکانات ہوتے ہیں۔
ANDROGENS جریان دم کو روکنے کے لیے بہت مفید ہیں ان کا اثر ایسٹروجن
ہی کی مانند ہوتا ہے۔ یعنی یہ F.S.H. کے ترشح میں رکاوٹ پیدا کرتے ہیں۔ اس مقصد کے
TESTOSTERONE I.M. (25mg) دن میں دو بار تین چار دن تک
دینا چاہیئے۔ چونکہ اس کے استعمال سے مردوں جیسی علامتیں ظاہر ہونے لگتی ہیں لہٰذا اسے
250mg سے زیادہ نہیں دینا چاہیئے۔ اگر 250 mg دینے کے بعد بھی جریان دم بند نہ ہو
تو یہ اس بات کا ثبوت ہے کہ جریان دم غشار مبطن رحم کے فرط استناج کے نتیجے میں نہیں بلکہ کسی
تحت المخاط (SUBMUCOUS POLYP) کے نتیجے میں ہو رہی ہے۔ جہاں تک ممکن ہو
بلوغت کے دوران ہونے والے کثرت طمث میں ANDROGEN دینے
سے پرہیز کیا جائے۔
جراحی علاج (CURETTAGE) جریان دم شروع ہونے کے دو ایک دن کے
درمیان ہی کیا جانا چاہیئے
۴۰ سال یا اس سے زیادہ عمر کی عورتوں کے لیے انقطاع الرحم ہی HYSTERECTOMY۔
مناسب علاج ہے۔ لیکن اس سے قبل

CURETTAG کر لینا چاہیئے تاکہ جسم رحم کے کینسر کے بارے میں پتہ چل سکے۔
کثیرالحمل عورتوں میں VAGINAL HYSTERECTOMY کریں۔ اور اگر نتور (PROLAPSE) ہو تو اسے درست کر دیا جائے۔ کم سن عورتوں میں جہاں تک ممکن ہو دواؤں ہی سے علاج کریں اور جراحی علاج سے پرہیز کریں معدوم الحمل عورتوں میں ABDOMINAL HYSTERECTOMY کریں۔ کیونکہ اس طرح سے بعض ان امراض کے بارے میں بھی پتہ چل جاتا ہے جن کے بارے میں امید بھی نہیں کی جا سکتی۔ مثلاً التہاب قاذفین۔

RADIOTHERAPY

DEEP X-RAYS یا RADIUM استعمال کیا جائے۔ ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی عورتوں کے لیے یہی علاج مناسب ہے کیونکہ یہ وقت سے قبل ہی غشاء مبطن رحم کو برباد کر دیتا ہے۔

جریان دم روکنے کے لیے مندرجہ ذیل دوائیں بھی استعمال کی جا سکتی ہیں۔
پوست انار۔ مازو سبز۔ کہربا۔ گل ارمنی۔ سنگ جراحت دم الاخوین۔
کاغذ سوختہ۔ گل ملتانی۔ اقاقیا۔ گلنار۔ تمام دواؤں کو باریک سفوف کر کے بطور فرزجہ استعمال کریں۔
کتیرا۔ نشاستہ۔ صمغ عربی۔ مغز تخم خیارین۔ گلنار فارسی۔ اقاقیا۔ کہربا۔ لبد سوختہ مصطگی۔ افیون۔ مندرجہ ذیل ادویات کو سفوف بنا کر بارتنگ سبز کے پانی میں قرص بنائیں۔ اور شربت انجبار کے ہمراہ دیں۔
اگر خون میں رقت و حدت ہو تو لعاب بہدانہ۔ شیرہ عناب۔ عرق مصفی اور شربت نیلوفر کے ساتھ پلائیں۔
اگر خون کی زیادتی ہو تو۔ عناب۔ شاہترہ۔ منڈی۔ پوست ہلیلہ زرد۔ افتیمون۔ گل سرخ۔ گل نیلوفر کا نقوع چند روز پلا کر مناسب مسہل سے تنقیہ کرائیں۔
جریان خون کو روکنے کے لیے۔ قرص کہربا ۱ عدد۔ شیرہ مغز ۲ گرام انجبار۔ شیرہ تخم خرفہ سیاہ۔ شیرہ تخم بارتنگ ۵ گرام کے ہمراہ۔ شربت نیلوفر ۲ تولہ۔ یا شربت انجبار۔ یا شربت انار ملا کر

استعمال کریں۔

ضعف رحم کے لیے۔

کہربا۔ مصطگی۔ گل سرخ۔ کبید۔ صندل سرخ مازو سبز۔ گل دھاوا۔ انیس۔ مجیٹھ۔ موچرس۔ کندر۔ آملہ خشک۔ اقاقیا۔ دانہ الائچی خورد۔ طباشیر۔ جنطیانا رومی کشنیز خشک۔ دال سفید۔ زعفران۔

ان دواؤں کو باریک کوٹ چھان کر شکر سفید۔ اور دودھ کے ہمراہ بقدر مناسب رات کے وقت استعمال کریں۔

اس کے علاوہ معجون مقوی رحم۔ دوائے خاص۔ سفوف حابس۔ یا قرص حابس سفوف خاص بھی استعمال کرایا جاسکتا ہے۔

قلت طمث HYPOMENORRHOEA

اس مرض میں دو طمث کے درمیان کا وقفہ نارمل ہوتا ہے لیکن طمث مدت اور مقدار کے لحاظ سے کم ہوتا ہے۔ اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں پہلی قسم وہ جس میں بلوغت کی ابتدا ہی سے منظم طریقے پر قلت طمث ہوتا ہے۔ جبکہ دوسری قسم میں ابتدا طمث نارمل ہوتا ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد قلت کی صورت پیدا ہو جاتی ہے پہلی قسم خفیۃ الرحم یا غشار مبطن رحم کے نقص افعال کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ دراصل یہ صورت رحم کے نقص نمو ہی کے نتیجے میں ہوتی ہے اس کے لیے کسی خاص علاج کی ضرورت نہیں قلت طمث کی اس قسم میں اعصاب پر کوئی نقصان وہ اثر نہیں پڑتا۔

دوسری قسم میں غدد باطن الافراز کے نتیجے میں غشار مبطن رحم پر اثر پڑتا ہے جیسا کہ ایک عرصہ تک دودھ پلانے والی عورتوں میں دیکھا گیا ہے۔ بعض اوقات شدید قسم کے نزف بعد ولادت کے نتیجے میں نخامیہ میں جزوی طور پر NECROSIS کی صورت پیدا ہو جاتی ہے اس کے بعد بھی قلت طمث ہو سکتا ہے۔ اسی طرح ایک جانب کا مبیض نکال دینے کے بعد بھی قلت طمث ہوتا ہے

علاج

اگر غلبہ بلغم کی صورت ہو تو پہلے حب ایارج دیں پھر یہ مطبوخ دیں۔
مغز تخم کرفس۔ تخم خربوزہ ۔ بادیان۔ پرسیاوشاں۔ ان دواؤں کو نیم کوب کر کے پانی میں جوش دیں اور اس میں شربت بزوری ملا دیں۔ جب ½ باقی رہ جائے تو مل چھان کر پلائیں۔
غلبہ سودا کی حالت میں طمث سے فراغت کے بعد چند روز یہ نسخہ دیں۔
گل بنفشہ۔ گل سرخ۔ مویز منقی۔ عناب۔ شاہترہ اسطوخودوس۔ بادرنجبویہ پرسیاوشاں۔ تخم خطمی۔ گل گاوزبان کا جوشاندہ تیار کر کے خمیرہ بنفشہ کے ہمراہ دیں۔
پھر اسی نسخہ میں افتیمون۔ پوست ہلیلہ کابلی۔ بسفائج فستقی۔ مغز فلوس خیار سبز ترنجبین سنا مکی۔ مغز بادام شیریں۔ اضافہ کر کے مسہل دیں۔ معمولی تبرید کے بعد ایک ہفتہ تک ان دواؤں کا جوشاندہ پلائیں۔
مویز منقی۔ انجیر۔ گاوزباں۔ تخم خطمی۔ گل سرخ۔ افسنتین۔ تخم کشوث۔ تخم خیارین۔ پرسیاوشاں۔ نبات سفید۔

OLIGOMENORRHOEA

جب دورہ طمث کی مدت ۶ ہفتہ سے زیادہ ہوتی ہے تو اسے OLIGOMENORRHOEA کہا جاتا ہے۔ بعض اوقات دورہ کی مدّت تین چار مہینے بھی ہوتی ہے۔ طمث مختصر سا ہوتا ہے۔ تبویض میں تاخیر ہونے کی وجہ سے انصباب پر بھی اثر پڑتا ہے۔ ایسی حالت میں صرف بہترین غذائیں اور یقین دہانی ہی کافی ہے اگر ضرورت ہو تو معجون زنجبیل۔ معجون مقوی رحم۔ یا ماہواری (ہمدرد) استعمال کرایا جاسکتا ہے۔

تواتر طمث
POLYMENORRHOEA

وہ حالت ہے جس میں دورہ طمث کی مدت تین ہفتہ سے بھی کم ہو جاتی ہے التہاب قاذفین و بیض مزمن OVARIAN ENDOMETRIOSIS اور رحم کے نکوص (اعوجاج) خفیف (SUBINVOLUTION) کے نتیجے میں یہ مرض ہوتا ہے۔

کی حالت میں کثرت طمث کے

ساتھ ساتھ تواتر طمث بھی اکثر و بیشتر ہوتا ہے۔

اسباب ENDOCRINE FACTORS

مبیض کے نقص افعال کے نتیجے میں تواتر طمث دو طریقوں سے ہوتا ہے پہلی قسم میں تبویض کے بعد جلد ہی جسم اصفر میں انحطاط شروع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد تین ہفتہ سے قبل ہی غشاء مبطن رحم میں DYSQUAMATION شروع ہو جاتا ہے۔ جسم اصفر کا انحطاط قبل از وقت قدامی نخامیہ کے نقص تحریک کے نیتجے میں ہوتا ہے بعض اوقات مبیض کی خرابی کے نیتجے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ دوسری قسم تبویض کے وقت دورہ کی درمیانی جریان ہوتی ہے۔ بعض عورتوں میں یہی صورت ہوا کرتی ہے جیسے غلطی سے طمثی جریان سمجھ لیا جاتا ہے۔ حالانکہ ایسا نہیں ہوتا۔ کیونکہ غشاء مبطن رحم میں DESQUAMATION مہینے میں صرف ایک ہی بار ہوتا ہے۔

PSYCHOSOMATIC FACTORS

بعض اوقات جذباتی خلل مثلاً دہشت اور ذہنی صدمہ کے نیتجے میں بھی تواتر طمث ہو سکتا ہے۔ لیکن سبب کو دور کر دینے پر یہ صورت خود بخود ختم ہو جاتی ہے بعض اوقات ماحول کی تبدیلی کے نیتجے میں بھی یہ صورت پیدا ہوتی ہے جیسا کہ دیکھا گیا ہے کہ اکثر گرم آب و ہوا سے سرد آب ہوا میں منتقل ہونے پر تواتر طمث کی شکایت ہو جایا کرتی ہے۔

علاج

اگر اس کا سبب عانہ کے عوارض ہو تو اس کا علاج کیا جائے اگر ذہنی جسمانی امور اس کا سبب ہوں تو اسے دور کیا جائے۔ جسم اصفر کے انحطاط قبل از وقت کے لیے L.H. یا PROGESTERONE چودھویں دن سے دینا شروع کر دیں۔

(تناؤ تمطط) قبل طمث PREMENSTRUAL TENSION

بعض عورتیں طمث شروع ہونے سات آٹھ دن قبل مختلف قسم کی تکلیفیں بیان کرتی ہیں جیسے سستی۔ بدن کا درد اعضار کے ۔ قبض۔ سوء ہضم۔ پیشاب کا بار بار ہونا عموماً ۲۵ سے ۳۵ سال کی عمر کے درمیان کی عورتیں اس میں زیادہ مبتلا ہوتی ہیں ۲۵ سال سے کم عمر کی عورتوں میں عوارض کی اتنی شدت نہیں ہوتی اور اس کی مدت بھی کم ہوتی ہے کثیر الحمل کی بہ نسبت محروم الحمل عورتوں میں یہ مرض زیادہ ہوتا ہے۔ یہ صورت انجہ کے التہاب (ایڈیما) کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے

عوارض و علامات

مریضہ عام طور پر محروم الحمل NULLIPAROUS ہوتی ہے طمث شروع ہونے کے سات آٹھ دن قبل اسے سر درد۔ پستان میں تناؤ۔ بے چینی۔ چڑچڑاپن جذباتی عدم استحکام نفخ بطن۔ جسم کا وزن بڑھ جانے اور قلت بول کی شکایت ہو جاتی ہے۔ پستان میں تناؤ اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ جلد چمکنے لگتی ہے۔ طمث کے دنوں میں چڑچڑاپن بہت زیادہ ہو جاتا ہے اضطراب و ملال بھی ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ باہر نکلنے والی عورتیں ان ایام میں اکثر حادثات کا شکار ہو جایا کرتی ہیں۔ بعض میں جرائم کا رجحان بھی بڑھ جاتا ہے ان عورتوں کا وزن طمث کے دوران عام طور پر دس پاؤنڈ تک بڑھ جاتا ہے وزن جتنا زیادہ بڑھتا ہے عوارض میں اتنی ہی شدت ہوتی ہے۔ لیکن طمث شروع ہوتے ہی یہ تمام عوارض ختم ہو جاتے ہیں۔

علاج

CHLOROTHIAZIDE (250mg) کی صرف ایک خوراک صبح کے وقت ناشتہ کے بعد دینا چاہیئے۔ یہ علاج عوارض کے شروع ہونے کے ساتھ ہی شروع کرنا چاہیے۔ اگر ضرورت ہو تو اس کے ساتھ ساتھ THEOPHYLLINE'

ANTIHISTAMINE اور TRANQUILISERS بھی دیے جائیں

عسر طمث

DYSMENORRHOEA

عسر طمث عام طور پر اعلیٰ سوسائٹی کی عورتوں میں زیادہ ہوا کرتا ہے اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ابتدائی (جیسے INTRINSIC یا SPASMODIC اور ثانوی (جیسے CONGESTIVE یا EXTRINSIVE کہتے ہیں
ابتدائی عسر طمث عموماً نوجوان لڑکیوں کو ہوتا ہے۔اس کے ساتھ ساتھ کوئی مرضی صورت نہیں ہوتی لیکن ثانوی عسر طمث میں ع ا ن ہ. کی بیماریاں موجود ہوتی ہیں۔ اور درد کے علاوہ دوسرے نسوانی عوارض بھی ہوتے ہیں

ابتدائی عسر طمث

عسر طمث کی یہ قسم عموماً ۲۰ سال سے کم عمر کی عورتوں میں ہوا کرتی ہے درد یا تو ابتدائے طمث سے ہی ہوتا ہے یا دو ایک سال بغیر درد کے طمث ہونے کے بعد اس کے بارے میں درج ذیل نظریات بیان کئے جاتے ہیں۔

رحم کا نقص

ابتدائی اختباس طمث کے زیادہ تر واقعات میں اعضائے تناسل صحیح طور پر نمو نہیں ہوتی اگر INFANTILE UTERUS ہو تو عسر طمث نہیں ہوتا یہ مرض اس قسم کے رحم میں ہوتا ہے جو بچپن میں تو نارمل نشو و نما ہوتی ہے لیکن شباب کے وقت اس میں رکاوٹ آجاتی ہے۔ جسم رحم چھوٹا ہونے کے ساتھ ساتھ عنق الرحم مخروطی ہوتی ہے اور فم مہبل بہت تنگ ہوتا ہے مہبل چھوٹی اور FORNICESS سطحی ہوتے ہیں اعضائے تناسل کے صحیح طور پر نمو نہ ہونے نتیجے میں عسر طمث کے مختلف اسباب بیان کئے جاتے ہیں

(الف) طبعی طور پر شباب سے قبل عضلات رحم میں نسیج عضلی کی بہ نسبت نسیج الحاقی زیادہ ہوتے ہیں لیکن شباب کے دوران جبکہ رحم مکمل ہو جاتا ہے تو اس کے برعکس ہوتا ہے یعنی نسیج الحاقی کی بہ نسبت عضلی نسیج زیادہ ہو جاتے ہیں۔ رحم کے نقص نمو کی صورت میں

نسیج الحاقی کی یہ کیفیت شباب کے بعد بھی باقی رہتی ہے جس کے نتیجے میں طمث کے دوران رحمی انقباض صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا جو درد کا سبب بنتا ہے۔

(ب) رحم کے نقص کی صورت میں اگر قدامی یا خلفی جانب رحم خمیدہ ہو تو طمثی ارتشاح کے فم رحمی سے گزرنے میں دقت ہوتی ہے اور جوف رحم میں نفخ شروع ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں طمث کے دوران درد ہوتا ہے

(ج) اگر رحم کے نمو میں خرابی ہو تو عام طور پر وہ HYPOPLASTIC ہی ہوتا ہے

غدد باطن الافراز کا عدم توازن

پروجیسٹروں کے ترشح کی زیادتی کے نتیجے میں غشاء مبطن رحم میں غشاء ساقط جیسی دبازت آجاتی ہے جس کے نتیجے میں ارتشاح کے دوران درد ہوتا ہے۔ تبویض سے قبل رحم میں انقباض بار بار ہوتا ہے لیکن اس میں کشادگی کم ہوتی ہے جبکہ تبویض کے بعد EREQUENCY اور کشادگی دونوں میں زیادتی ہوتی ہے چنانچہ پروجیسٹرون کے اسی دوہرے عمل یعنی غشاء مبطن رحم میں غشاء ساقط جیسی دبازت اور رحمی انقباض زیادتی کے نتیجے میں عسر طمث ہوتا ہے۔

نفسیاتی عدم توازن

عام طور پر یہی دیکھا گیا ہے کہ اعلیٰ سوسائٹی کی بہت زیادہ حساس لڑکیوں میں عسر طمث ہونے کی حالت میں اضطراب اور خلل اعصاب بھی ہوتا ہے۔ ان لڑکیوں کے ذہن میں تکلیف دہ طمث کے بارے میں بات بٹھا دی جاتی ہے لیکن جیسے جیسے دن گزرتے جاتے ہیں درد کا خوف ختم ہوتا جاتا ہے۔

PRESACRAL NERVE میں ورم کا ہونا

بعض اوقات PRESACRAL NERVE کے فائبرس میں انتہائی تبدیلیاں ہوتی ہیں۔ یہ مزمن ورم والے فائبرس MOTOR اور SENSORY STIMULI کے لیے بہت ہی حساس ہوتے ہیں اور ان کی یہ حساسیت طمث کے دوران بہت زیادہ اور غیر منظم انقباض کا سبب بنتے ہیں۔

عسر طمث غشائی

MEMBRANOUS DYSMENORRHOEA

ایسا بہت ہی کم ہوتا ہے کہ جوف رحم کی ENDOMETRIAL - CAST مکمل طور پر خارج ہو. لیکن تشنجی عسر طمث میں عام طور پر غشاء مبطن رحم کے پارچے بہت قلیل مقدار میں خارج ہوتے ہیں. دراصل یہ Cast غشاء مبطن رحم کے DISINTEGRATION. کے بے ترتیبی کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے اور اس بے ترتیبی کا سبب رحم کا نقص نمو اور NEUROSIS ہوتا ہے

عوارض و علامات

طمث شروع ہونے سے چند گھنٹے یا ایک دن قبل درد شروع ہو جاتا ہے جو پہلے دن بہت زیادہ ہوتا ہے لیکن بعد میں کم ہوتا جاتا ہے بعض اوقات درد کے دوران قے اور متلی بھی ہوتی ہے. درد رک رک کر قولنج کی مانند اور بطن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے اور LUMBO - SACRAL ہوتا ہے. بعض اوقات طمث کے دن چھوٹے چھوٹے تھکے خارج ہو جانے کے بعد درد کم ہو جاتا ہے ان عورتوں میں مخصوص درد کے علاوہ عقر ہوتا ہے اور دم طمث قلیل مقدار میں ہوتا ہے. کیونکہ یہ صورتیں رحم کے نقص نمو کی وجہ سے ہوا کرتی ہیں. اگر طمث شروع ہونے چار یا اس سے زیادہ دو نوں قبل شدید قسم کا درد ہو تو عموماً اس کا سبب عانہ میں ہونے والا امراض مثلاً بولیب (بواسیر) رحم - (UTERINE - POLYP) EARLY ADENOMYOSIS یا ENDOMETRIOSIS ہو سکتا ہے

تشخیص

اگر مریضہ شادی شدہ ہو تو دو دستی معائنہ. لیکن نوجوان اور کنواری عورتوں میں براہ مقعد معائنہ کرنا چاہیئے. کیونکہ بعض اوقات ان احشاء کے نقص نمو کے نتیجہ میں بھی ابتدائی عسر طمث ہو سکتا ہے.

علاج

مقوی غذائیں دی جائیں۔ قبض دور کیا جائے۔ طمث شروع ہونے سے دو تین دن قبل مسہل دیا جائے۔ مریضہ کی حوصلہ افزائی کی جائے کہ وہ اپنے معمولات میں فرق نہ آنے دے۔ یعنی طمث کے دوران بھی اسکول کالج یا آفس وغیرہ سے غیر حاضر نہ رہے۔ اس کے علاوہ مناسب ریاضت بھی کرے۔

دافع درد دوائیں دی جائیں۔ لیکن جہاں تک ممکن ہو BARBITURATE سے پرہیز کیا جائے کیونکہ ان کی وجہ سے غنودگی پیدا ہوتی ہے PETHIDINE اور مارفین چونکہ عادی بنانے والی دوائیں ہیں لہذا اس سے بھی پرہیز کیا جائے دافع تشنج دوائیں بھی دی جاسکتی ہیں۔

ایسٹروجن اور پروجیسٹرون (TAB- ENAVID) دیں۔ اسے ایک قرص روزانہ پانچویں دن سے دینا شروع کریں اور دو ہفتہ تک دیں۔

مریضہ کو یہ یقین دلایا جائے کہ تندرست عورتوں کو بھی طمث کے دوران تکلیف ہو سکتی ہے۔ جہاں تک ممکن ہو سرجیکل ٹریٹمینٹ، سے پرہیز کریں۔

ثانوی راحتقانی عسر طمث CONGESTIVE DYSMENO-RRHOEA

ثانوی عسر طمث سن بلوغ اور سن یاس کے درمیان کبھی بھی ہو سکتا ہے یہ صورت بعض امراض کے نتیجے میں عانہ میں ہونے والے اجتماع دم کی وجہ سے ہوتی ہے طمث شروع ہونے سے ایک ہفتہ قبل درد شروع ہوتا ہے اور طمث شروع ہونے پر ختم ہو جاتا ہے درد بطن کے زیریں حصہ اور پشت پر ہوتا ہے۔

عانہ کے امراض جن کے نتیجے میں ثانوی عسر طمث ہو سکتا ہے مندرج ذیل ہیں۔

سلعات عانی PELVIC ENDOMETRIOSIS - PELVIC ADRENAL INFECTION

ساتواں باب

جنسی عوارض

عقم (عقر) INFERTILITY

عقم اور منی کی غیر طبعی حالتوں کا تذکرہ متقدمین نے بھی اپنی کتابوں میں کیا ہے دراصل HAMEN نے 1677 میں حوینات منویہ (SPERMATOZOA) کے بارے میں تحقیق تو کیا لیکن اخصاب کے بارے میں کوئی یقینی نظریہ نہیں پیش کر سکا 1786 میں SPALLANZAIN نے اس بات کو ثابت کیا کہ اخصاب کے لیے حوینات منویہ بہت ضروری ہیں۔ 1875 میں OSCAR HERTWIG نے اس نظریہ کو پیش کیا کہ حوینات منویہ کے بیضہ میں داخل ہونے پر ہی اخصاب ہوتا ہے R. DEGRALT نے 1672 میں بیضہ اور جسم اصغر کے بارے میں اپنے نظریات پیش کیے اس حقیقت کے باوجود کہ تبویض کے بغیر طمث ہونے کے بارے میں پتہ لگایا جا چکا تھا ROBERT BARNES نے 1873 میں اپنی ایک تصنیف میں ایک اپنی مریضہ کے بارے میں بیان کیا ہے کہ جس میں بیضہ کے پختہ ہونے اور طمث ہونے کے باوجود بھی عقر تھا کیونکہ جویلہ کا انشقاق نہیں ہوتا تھا۔ غشاء مبطن رحم میں CYCLIC تبدیلیوں کی تھیوری کے بارے میں HITCHMANN اور ADLER کے نظریات معلوم ہونے کے بعد بعض ہارمونز کے بارے میں تحقیقات کی گئیں۔

ENDOMETRIAL کے بعد CURETTE BIOPSY کا طریقہ رائج ہونے کے بعد BIOPSY کا طریقہ اتنا مقبول ہوا کہ آج بھی تبویض کی جانچ کے لئے ایک اہم طریقہ مانا جاتا ہے۔

1939 میں BROWN نے اور VENNING

PREGNANDIAL TEST کے بارے میں اپنے نظریات پیش کئے
نے 1849 میں سب سے پہلی بار ہوا کے ذریعہ ہونے والے TUBAL INSUFFLATION
کے بارے میں بتایا اور I.C. RUBIN نے 1920 میں رحمی قاذفی
INSUFFLATION کے بارے میں اپنی تحقیق پیش کی۔ قاذف کی تسدیہ کی تشخیص
کا موجودہ طریقہ HYSTEROSALPINGOGRAPHY دراصل RUBIN ہی کی
مرہون منت ہے۔

عقر کے معنی ہیں حاملہ ہونے کی صلاحیت نہ ہونا یہ کمی یا تو مرد میں ہو سکتی ہے یا عورت
میں یا دونوں میں۔ مطلق (ABSOLUTE) ہو سکتی ہے یا نسبتی (RELATIVE)

عقر مطلق کے اسباب خواہ مرد میں ہوں یا عورت میں ان کا کوئی علاج نہیں ہے۔ مردوں
میں اس کا سبب AZOOSPERMIA ہے جو خصیتین کی ایٹرو فی، خصیہ غیر نیزل
(UNDESCENDED TESTES) یا بعض امراض کی وجہ سے عمل جراحت کے ذریعہ نکال
دیے جانے کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

عقر نسبتی کا علاج ممکن ہے لیکن بعض اوقات اس کے اسباب تفتیش کے ذریعہ معلوم نہیں
کیے جا سکتے۔ بعض اوقات یہ صورت بھی ہوتی ہے کہ استقرار حمل تو ہوتا ہے لیکن اسقاط ہو جاتا ہے
یا یہ کہ پہلا بچہ نارمل مدت میں نارمل طریقے پر پیدا ہوتا ہے لیکن اس کے بعد استقرار حمل نہیں ہو
تا۔ ایسی صورت کو "ONE CHILD STERILITY" کہا جاتا ہے۔ بعض اوقات نوجوان
عورتوں میں شادی کے بعد ہی سے CONTRACEPTIVE مانع حمل استعمال کرنے کی
وجہ سے استقرار حمل نہیں ہوتا۔ لہٰذا اگر شادی کے بعد دو سال تک نارمل طریقے پر مباشرت کر
نے کے باوجود بھی استقرار حمل نہ ہوا ہو یا اگر کسی ایسی عورت کو جس کی شادی
۲۵ سال کی عمر میں ہوئی ہو اور اس کے بعد چند مہینوں کے اندر ہی استقرار حمل نہ ہوا ہو تو مکمل
INVESTIGATION کرانا ضروری ہے۔ بعض اوقات اس کا انحصار شوہر کے پیشہ پر
بھی ہوتا ہے مثلاً بعض ایسی ملازمتیں جس کے سلسلہ میں شوہر کو ایک عرصہ تک باہر رہنا پڑتا ہے
جیسے سیلرس یا میرین انجینرس ان میں اکثر عقر کی صورت ہوتی ہے حالانکہ وہ دونوں تندرست اور
VIRILE ہوتے ہیں۔

عام طور پر یہی دیکھا گیا ہے کہ عقر کے ۳۰ سے ۴۰ فیصد واقعات میں اس کا سبب مرد ہی

ہوا کرتا ہے۔ لہٰذا بہتر یہی ہے کہ عورت کا INVESTIGATION کرانے سے قبل
مرد کا مکمل INVESTIGATION کرالیا جائے۔

مردوں میں عقر کے اسباب

ہسٹری اور پیشہ

وہ لوگ جو X-RAYS میں کھلے رہ کر کام کرتے ہیں یا کسی دوسرے طریقے سے
RADIATION سے ان کا واسطہ پڑتا ہے یا وہ جو ایسی جگہ کام کرتے ہیں جہاں ٹمپریچر بہت
زیادہ ہوتا ہے ان کے SPERMATOGENESIS میں خلل واقع ہوتا ہے اسی طرح
وہ لوگ جو گھر سے ایک عرصہ تک دور رہتے ہیں اور جب ایک طویل عرصے کے بعد وہ اپنی عورتوں
سے مباشرت کرتے ہیں تو ایسا بھی ممکن ہے کہ وہ FERTILE PERIOD نہ ہوتا ہو
ایسے لوگ جو ذہنی پریشانیوں میں مبتلا ہوں متحمل مزاج والوں کی بہ نسبت کم FERTILE
ہوتے ہیں۔

عام حالت

امراض زہری (آتشک وسوزاک) (VENEREAL DISEASE) بلوغت کے
بعد MUMPS میں مبتلا ہونا جس کے ساتھ ساتھ خصیہ بھی متورم ہو ذیابیطس وائرس
کا تعدیہ بخار کے ساتھ ہونے والا تعدیہ فوطہ کی گزند۔ اور INGUINO SCROTALREGION
میں کیے گئے آپریشن ایسے حالات ہیں جو عقم کا سبب بن سکتے ہیں لہٰذا ان کے بارے میں
میں بھی معلوم کرنا ضروری ہے۔

جنسی حالات

کثرت مباشرت کے نتیجے میں منی کے قوام پر اثر پڑتا ہے۔ اسی طرح ایک عرصہ تک
مباشرت سے پرہیز کرنے کے نتیجے میں بھی حوینات منویہ کی حرکت پر اثر پڑتا ہے۔ ایستادگی

(ERECTION) دخول PENETRATION اور انزال (EJACULATION)
کی کیفیت کے بارے میں بھی معلوم کرنا بہت ضروری ہے۔ کیونکہ دخول کی صلاحیت میں کمی
ضعف ایستادگی کے نتیجے میں بھی ہو سکتی ہے اور بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایستادگی تو مکمل
طور پر ہوتی ہے لیکن خوف کی وجہ سے مہبل کے ارد گرد انقباضی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کے
نتیجے میں صحیح طریقے پر ادخال نہیں ہو پاتا۔ اسی طرح مہبل میں انقباضی کیفیت۔ ضعف ایستادگی یا
حشفہ کی زود حسی کے نتیجے میں سرعت انزال (PREMATUR EJACULATION)
ہوتا ہے۔

معائنہ

اعضاء تناسل کا معائنہ کرنے کے لیے مریض کا مکمل برہنہ ہونا بہت ضروری ہے کیونکہ اس
کے بغیر ہارمونز کی کمی کا صحیح طور پر اندازہ لگانا مشکل ہے۔ اگر معائنہ کرنے پر INGUINO
SCROTAL REGION پر کسی زخم کا نشان ملے تو اس کے سبب اور آپریشن کی
نوعیت کے بارے میں معلوم کرنا چاہئے۔ منفذ اجرائے بول کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہئے
تاکہ HYPOSPADIAS کے بارے میں معلوم ہو سکے خصیوں کی فوطوں میں موجودگی
ان کا سائز۔ ماہیت۔ اور دبانے میں ان کی TENDERNESS کے بارے میں بھی معلوم
کرنا چاہیے۔ اگر ایک یا دونوں فوطوں میں خصیہ موجود نہ ہو تو ایسے لوگوں کی پراگنوسس اچھی نہیں
ہوتی۔ بعض لوگوں میں خصیہ چھوٹے اور ATROPHIC ہوتے ہیں اور ان میں حس نہیں
ہوتا۔ بعض اوقات کسی تعدیہ کے نتیجے میں EPIDIDMYS بڑھے ہوئے سخت اور
INDURATED ہوتے ہیں قیلہ مائیہ (HYDROCELE) فتق (HERNIA)
اور دوالی (VARICOSE) کے بارے میں بھی معلوم کرنا چاہیے۔

منی کی پیدائش پر اثر انداز ہونے والے امور

نخامیہ کے دو خاص جنسی ہارمونز ہوتے ہیں۔ F.S.H جو SPERMATOGENETIC تحریک
کے اور TESTOSTERONE کے ارتشاح کو نصوں میں قائم رکھتے ہیں۔
INTERSTITIAL CELLS کے ذریعہ حوینات منویہ کی نمو اور پختگی وجود میں آتی ہے۔

L.H. (I.C.S.H) STIMULATING HORMONE کے مقابلہ میں عورتوں میں LEYDIG CELLS کو اینڈروجن کے ارتشاح کے لیے متحرک کرتا ہے۔

فوطہ میں خصیے جس ٹمپریچر میں رہتے ہیں وہ جسم کے درجہ حرارت سے تقریباً ۲۰ کم ہوتا ہے۔ لیکن خصیوں کو جب اس سے زیادہ ٹمپریچر ملتا ہے تو حوینات منویہ کی پختگی میں خلل واقع ہوتا ہے اور اس کا قوام پتلا ہو جاتا ہے کوئی بھی بخار۔ فوطوں کی سخت بندش۔ دیر تک اور بار بار گرم پانی سے نہانے سے بھی SPEMATOGENESIS پر اثر پڑتا ہے

CRYPTORCHIDISM

اُربی (INGUINAL) حصہ یا بطن میں جنسی غدد کا بڑھا ہوا ٹمپریچر بھی۔ SPERMATOGENESIS کے کم کرنے کا سبب بنتا ہے

قیلہ مائیہ

VARICOCELE اور (HYDROCELE)

VARICOCELE اور HYDROCELE فوطے کے ٹمپریچر کو بڑھاتے ہیں اور SPERMATOGENESIS کو کم کرتے ہیں ٹمپریچر میں جتنا اضافہ ہوتا ہے FERTILITY اتنی ہی کم ہوتی جاتی ہے۔

ذیابیطس

اگرچہ ذیابیطس کا SPERMATOGENSIS پر براہ راست کوئی اثر نہیں پڑتا لیکن ذیابیطس کے مریضوں میں نامردی کی وجہ سے عقم عام طور پر ہوا کرتا ہے۔

التہاب غدہ نکفیہ (MUMPS)

اگر بلوغت کے بعد کوئی مرد اس مرض میں مبتلا ہو جائے تو اس کے نتیجے میں ورم خصیتین (ORCHITIS) بھی ہو سکتا ہے۔ جو بعد میں ایٹروفی کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اگر یہ ایٹروفی دونوں جانب ہو تو اس کے نتیجے میں عقم ہوتا ہے۔

دق - TUBERULOSIS

VAS کی تسدید کے TUBERCULAR EPIDIDMYTIS کے ذریعہ
نتیجے میں AZOOSPERMIA ہو سکتا ہے۔

RADIATION :-

RADIATION کے نتیجے میں منی بنانے والی TESTICULAR ساخت پر اثر پڑتا ہے۔ اس لیے X-RAY TECHNICIANS DENTIST اور وہ لوگ جو ایسی جگہوں پر کام کرتے ہوں انھیں چاہیے کہ وہ اپنے آپ کو RADIATION سے محفوظ رکھیں۔

جذباتی صدمہ (SHOCK)

بعض اوقات صدمہ کے نتیجے میں بھی SPERMATOGENSIS میں خلل واقع ہوتا ہے۔ عام طور پر اسباب کو دور کر دینے کے بعد یہ صورت خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔

مادہ منویہ کی جانچ

بہتر یہی ہے کہ مسلسل تین دن تک مباشرت نہ کرنے کے بعد چوتھے دن SPECIMEN کسی صاف خشک اور چوڑے منہ والے بوتل میں براہ راست حلق یا COITUS INTERRUPTUS کے ذریعہ لیا جائے۔ اسے CONDOM میں اکٹھا کرنا اس لیے مناسب نہیں ہے کہ اس میں استعمال کی جانے والی اشیاء کی وجہ سے جونیات منویہ کی حرکت ختم ہو جاتی ہے۔ اگر گھر میں SPECIMEN لیا جائے تو دو گھنٹہ کے اندر ہی اسے لیب میں پہنچا دیا جائے۔ SPECIMEN لیتے وقت یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ خارج ہونے والی پوری مقدار لے لی جائے کیونکہ انزال کی پوری مدت میں منی کا قوام ایک جیسا نہیں ہوتا۔ اور شروع یا آخر کا کچھ حصہ باقی رہ جائے تو جونیات منویہ کا شمار صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا ہے۔

مادہ منویہ کی طبعی خصوصیات

اس کی اوسط مقدار 2-4 c.c ہوتی ہے 1.c.c سے کم اور 5cc سے زیادہ ہونے کی حالت میں جوئنیات منویہ کی تعداد کم ہوجایا کرتی ہے۔ انزال کے فوراً بعد مادہ منویہ جیلی کی مانند ہوجاتا ہے۔ جو ۵ سے ۲۰ منٹ کے بعد سیال ہوجاتا ہے۔ اس میں ایک خاص قسم کی بو ہوتی ہے۔ اگر اس کا قوام بہت زیادہ غلیظ ہو تو اس کا اثر جوئنیات کی حرکت پر پڑتا ہے۔ مادہ منویہ کا P.H تقریباً 7.7 ہوتا ہے۔

FRUCTOSE TEST

مادہ منویہ کی جانچ کے اس طریقہ میں (5m.L.) REAGENT میں 0.5m.L. مادہ منویہ ملا کر اُبالا جاتا ہے۔ FRUCTOSE کی موجودگی میں وہ ایک منٹ ہی میں ORANGE RED ہوجاتا ہے۔ لیکن اس کی غیر موجودگی میں اس میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی AZOOSPERMIA کے تمام مریضوں میں یہ جانچ بہت ضروری ہے۔ کیونکہ سوا ان مریضوں کے جن میں مجری منی خلقی طور پر معدوم ہوں یا VASDEFERENTIA ہو FRUCTOSE تمام لوگوں کے مادہ منویہ میں موجود ہوتا ہے۔

ASCORBIC ACID CONCENTRATION

AZOOSPERMIA اور OLIGOSPERMIA کے تمام مریضوں میں ASCORBIC ACID بڑھ جاتا ہے۔

خوردبینی معائنہ

خوردبینی معائنہ کے ذریعہ جوئنیات منویہ کی تعداد۔ حرکت اور ان کی MORPHOLOGY معلوم کی جاتی ہے۔ اگر جوئنیات منویہ 60 MILLIONS/m.L. سے زیادہ ہوں تو ایسی حالت میں اسے FIRTILE سمجھا جاتا ہے۔ اور 20-60 mill/mL. کے

درمیان SUBFIRTILE اور 10 MILLION/m.L. سے کم ہونے کی صورت میں اسے INFIRTILE کہا جاتا ہے۔ حالانکہ اس سے بھی کم ہونے کی حالت میں بھی استقرار حمل کے امکانات ہوتے ہیں۔

جو بنیات منویہ کے زندہ رہنے کی صلاحیت اور حرکت معلوم کرنے کے لیے اس کا ایک قطرہ ہائی پاور میں دیکھا جائے حرکت (MOTILITY) کے چار درجات ہوتے ہیں جو صفر سے چار تک ہوتے ہیں اور چار ڈگری سب سے زیادہ MOTILE سمجھا جاتا ہے۔ VIABILITY کا معیار یہ ہے کہ انزال کے بعد دو تین گھنٹے تک ان میں سے ۹۰ فیصد سرگرمی کے ساتھ MOTILE ہوں۔ ایک نارمل جو ینہ منویہ کے جسم کے چار حصے ہوتے ہیں۔ سر۔ گردن دھڑ اور سر بیضوی ہوتا ہے۔ اس کے قدامی حصہ پر ACID-STAIN اور خلفی حصہ پر ALKALINE STAIN ہوتا ہے۔ گردن پر دو KNOB ہوتے ہیں جن میں سے پچھلا KNOB جسم میں شامل ہو جاتا ہے۔ اور دم سے ذرا بڑا ہوتا ہے۔ دم پر AXIAL FILAMENT ہوتی ہے جیسے اگر MICROSCOPE. برقی خوردبین ELECTRON سے دیکھا جائے تو متعدد ریشے نظر آتے ہیں۔ نارمل SPECIMEN میں بھی 10-20% غیر طبعی جو بنیات منویہ پائے جاتے ہیں۔ ان کے سر یا تو بہت ہی چھوٹے ہوتے ہیں یا بہت بڑے بعض اوقات جسم نہیں بھی ہوتا لیکن دم کی مختلف شکلیں ہوتی ہیں۔ منی کی غیر طبعی صورتیں OLIGOSPERMIA AZOOSPERMIA اور NECROZOSPERMIA ہیں۔

(ASPERMIA) AZOOSPERMIA

اور OLIGOSPERMIA

جو بنیات منویہ کی عدم موجودگی یا اس کی تعداد میں کمی اکثر لوگوں میں پائی جاتی ہے جس کا سبب مجری تناسل کی تسدید یا SPERMATOGENSIS کا نقص ہے بعض لوگوں میں التہاب غدہ نکفیہ (MUMPS) خصیتین کے نقص نمو یا خصیہ غیر نیزل کے نتیجے میں

SPERMATOGENESIS میں خرابی لاحق ہوتی ہے۔ یا TUBERCULAR EPIDIDMITIS کے نتیجے میں تسدد یہ پیدا ہوجاتی ہے اسی لیے AZOOSPERMIA کے تمام مریضوں میں FRUTOSE TEST کرنا ضروری ہے

NECROZOOSPERMIA

یہ اصطلاح حیوانات منویہ کے غیر متحرک ہونے کے لیے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ صورت مہبل یا عنق الرحم کی رطوبت کی خرابی کے نتیجے میں بھی پیدا ہو سکتی ہے بعض اوقات میں ہونے والے نقصان دہ پاوڈر یا برتن کے صاف نہ ہونے کی وجہ سے بھی یہ کیفیت ہو سکتی ہے۔

INVESTIGATION

۱ SEX CHROMATIN TEST

۲ CHROMOSOME STUDIES

۳ TESTICULAR BIOPSY

۴ THYROID FUNCTION TEST

۵ ADRENAL FUNCTION TEST

۶ PITUITARY FUNCTION TEST

علاج

SPERMATOGENSIS اور LEYDIGCELL FUNCTION کی تحریک کے لیے GONADOTROPHIN اور MALE HORMONE دیے جائیں۔ CRYPTORCHIDISM کے لیے CHORIONIC GONADOTROPIN دیا جائے۔ اگر علاج کے تین ہفتے کے بعد بھی خصیہ فوطے میں نہ اتر آئے تو ORCHIDOPEXY کی جائے۔

اگر ضعف ایستادگی کے نتیجے میں عقر ہو تو "جنیٹول"، "ڈائنامول"، "طلائے اکسیر" یا طلائے سرخ" استعمال کیا جا سکتا ہے۔

اگر اس کا سبب سرعت انزال ہو تو "حب ممسک طلائی"، "حب ممسک عنبری"، "حب نشاط" یا معجون مروح الارواح استعمال کی جا سکتی ہیں۔

اگر منی کی کمی کے باعث عقر ہو تو "جوہر خصیہ"، "حب خاص"، "حب عنبر مومیائی"، "لبوب اعظم"، "لبوب کبیر"، دیا جا سکتا ہے۔ اگر عقر کا سبب رقت منی ہو تو لبوب بارد استعمال کیا جا سکتا ہے۔

عورتوں میں عقر کے اسباب

اگر INVESTIGATIONS کے بعد یہ بات واضح ہو جائے کہ عقر مرد کی وجہ سے نہیں ہے تو پھر عورت کا معائنہ کیا جائے۔ خصوصی INVESTIGATIONS کرائے جائیں۔ تفصیل کے ساتھ طبی طمثی جنسی اور نفسیاتی ہسٹری معلوم کی جائے۔

طمثی حالات

اگر کسی عورت کو طمث منظم طریقے پر ہو رہا ہے تو اس کا مطلب یہ نہیں کہ وہ حمل کی صلاحیت یقینی طور پر رکھتی ہے۔ کیونکہ یہ دورے بغیر تبویض کے بھی ہو سکتے ہیں۔ چونکہ تبویض عام طور پر ہر دورہ طمث میں ایک ہی بار ہوتا ہے لہذا وہ عورتیں جنھیں طمث منظم طریقے پر ہوتا ہے بہ نسبت ان کے جنھیں طویل وقفہ کے بعد طمث ہوتا ہے۔ حمل کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ اور وہ عورتیں جن کے دورے غیر منظم ہوتے ہیں نسبتاً INFERTILE ہوتی ہیں کیونکہ ان میں سے زیادہ تر کے دورے بغیر تبویض کے ہی ہوتے ہیں۔

جنسی حالات

بانجھ عورتوں میں تفتیش کرنے پر مباشرت کے دوران درد و تکلیف کی ہسٹری اکثر پائی جاتی ہے۔ اور اگر مجرائے مہبل معدوم ہو تو مباشرت ممکن ہی نہیں بعض عورتیں خصوصاً اعلی

طبقہ کی) خوف کی وجہ سے مباشرت کے دوران تعاون نہیں کرتیں اور ایک ساتھ رہنے کے باوجود
بھی ان میں یہ صورت ایک عرصہ تک قایم رہتی ہے جب تک کہ وہ کسی سے مشورہ نہیں کرتیں
اگر جماع مولم (DYSPAREUNIA) کی وجہ سے ثانوی عقر ہو تو اس کے مختلف اسباب
ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ بعض اوقات اس کا سبب منفذ پر ہی ہوتا ہے جو کسی قبالی گزند یا آپریشن کے
نتیجے میں ہونے والے SCARING اور عضلات کے چھوٹے ہو جانے کی وجہ سے ہو
تا ہے۔ عمیق (DEEP SEATED) درد التہاب عنق الرحم، التہاب قاذف
و مبیض یا مبیض کے ENDOMETRIOSIS یا POUCH OF DOUGLAS میں ذحاق
جس کے ساتھ TENDER RETROVERTED UTERUS بھی ہو کے نتیجے میں
ہوا کرتا ہے۔

کثرت مباشرت بھی بعض اوقات عقر کا سبب بنتا ہے۔ کیونکہ اس کے نتیجے میں سیل
منویہ کو ضرر پہنچتا ہے۔ اور طویل عرصہ کے بعد مباشرت کرنے سے بھی یہ صورت پیدا ہو
سکتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں دورہ کے بار آور دن نسبتاً کم ہوتے ہیں۔

نفسیاتی حالات

اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ بعض لوگ تمام حالات میں آسودہ ہوتے ہیں سوا جنس کے۔
ان لوگوں کے لیے صحیح مشورہ اور رہنمائی بہت معاون ثابت ہو سکتی ہے۔

معائنہ

قبل اس کے کہ نسوانی معائنہ کیا جائے یہ ضروری ہے کہ مختلف SYSTEM
کا معائنہ کر لیا جائے تاکہ ان SYSTEMIC امراض کے بارے میں بھی معلوم ہو سکے
جو حمل یا وضع حمل کے دوران عورت کے لیے باعث ہلاکت ثابت ہو سکتے ہیں۔

نسوانی معائنہ

دو دستی معائنہ کرنے سے قبل بہتر یہ ہے کہ زیرین مجرائے تناسل کا معاینہ کیا جائے
کیونکہ بعض اوقات یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ مجرائے حبل مکمل طور پر نمو یافتہ نہیں ہوتی۔ اگر غشاء

بکارت چسپاں ہو تو اس بات کا ثبوت ہے کہ عورت اب تک باکرہ ہے۔ ثانوی عقر کی حالت
میں عام طور پر TENDER EPISIOTOMY PAINFUL FISSURES
یا PERINEAL SCAR کی مانند ایسے اسباب ہوتے ہیں کہ جن کے نتیجے میں مجامعت
تسلی بخش نہیں ہوتی۔

بیرونی معاینہ کے بعد منظار کے ذریعہ مجری مہبل اور عنق الرحم کا معاینہ کیا جائے۔
مجری مہبل کی لمبائی FORNICESS کی گہرائی اور مہبلی دیواروں کی RUGOSITY
عنق الرحم کی وضع مجری عنق الرحم اور فم مہبلی کی کیفیت معلوم کی جایے۔ اگر مجری مہبل چھوٹا
ہو FORNICESS سطحی ہوں عنق الرحم مخروطی ہو اور فم مہبلی بہت تنگ ہو تو یہ اعضاء
تناسل کے نقص نمو کی علامت ہوا کرتی ہے۔ ایسے اسباب بھی موجود ہوا کرتے ہیں جس
کی وجہ سے مہبل یا عنق الرحم کے ارتشاح میں زیادتی آجاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں حوینات
منویہ کی حرکت ختم ہو جاتی ہے۔ مرضی سیلان کا سبب عام طور پر تا کل عنق الرحم
(EROSION) 'ENDOCERVICITIS' بولیپ
TRICHOMONAL یا MONILIAL VAGINITIS ہوا کرتا ہے۔

اس کے بعد دودستی معاینہ کیا جائے۔ عام طور پر ایسی عورتوں کے رحم میں نقص
نمو کی کیفیت پائی جاتی ہے۔ بعض خلقی نقائص ایسے بھی ہیں جن کے نتیجے میں عقر تو نہیں
ہوتا لیکن وہ اسقاط اخداج (PREMATURE LABOUR) اور وضع حمل
کے دوران پیچیدگی کا سبب بنتے ہیں بعض اوقات RETROVERTED UTERUS
(جو متحرک ہو اور بآسانی درست کیا جا سکتا ہو) بھی عقر کا سبب بن سکتا ہے۔ لیکن اس کے
بارے اس وقت تک یقین کے ساتھ کچھ نہیں کیا جا سکتا جب تک کہ POST-COITAL TEST
بار بار نہ کیا جائے اور نتیجہ کے طور پر مجری عنق الرحم میں زندہ حوینات منویہ موجود نہ ہوں اور اگر
ہوں بھی تو مردہ ہوں۔

بعض FIX RETROVERTED رحم کے ساتھ دونوں جانب کے قاذف و مبیض
میں التہابی MASSES بھی ہوتے ہیں۔ ابتدائی عقر میں عام طور پر یہ MASSES
درنی یا سوزاکی ہوتے ہیں۔ ثانوی عقر میں یہ عام طور پر اسقاط کے بعد ہونے والی یا
نفاسی عفونت کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔

STEIN-LEVENTHL SYNDROME میں دونوں جانب مبیض کیسہ کی مانند محسوس کی جاسکتی ہیں۔ مبیض کا NEOPLASTIC ENLARGEMENT کسی ایک جانب یا دونوں جانب ہو سکتا ہے۔

INVESTIGATIONS :-

اگر حسب معمول نسوانی معاینہ کرنے کے بعد عانہ میں کوئی سقم نہ ملے تو مندرجہ ذیل INVESTIGATIONS کرائے جائیں۔

۱۔ POST-COITAL TEST

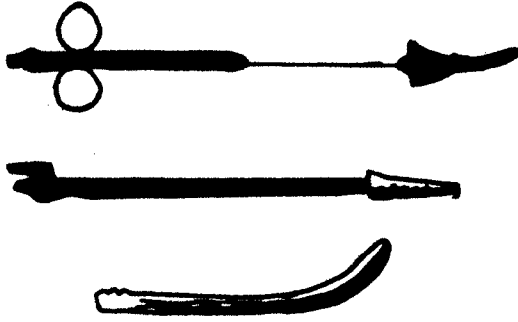
اس ٹیسٹ کے ذریعہ زن و شوہر دونوں کے بارے میں معلوم کیا جا سکتا ہے اس کا طریقہ یہ ہے کہ ۲۸ دن کے دورے والی عورتوں میں چودہویں دن اور اس سے کم یا زیادہ ہونے کی صورت میں دوسرا طمث شروع ہونے سے ۱۲ سے ۱۴ دن قبل عنق مخاط لیکر جانچ کی جاتی ہے۔ لیکن مریضہ کو ہدایت کردی جاتی ہے کہ وہ معاینہ سے قبل شب میں مباشرت کرنے کے بعد دوسرے دن صبح معاینہ کے لیے آئے۔

۲۔ INTRA-TUBAL INSUFFLATION

RUBIN نے ۱۹۲۰ء میں قاذفین کی جانچ کے لیے یہ طریقہ ایجاد کیا یہ ٹیسٹ طمث رکنے کے بعد دو ہی ایک دن کے اندر (۲۸ دن کے دورہ میں ۹ ویں اور گیارہویں دن کے دوران تحذیر عمل بعد کیا جاتا ہے قاذف کے انقباض کو ختم کرنے کے لیے ٹیسٹ سے نصف گھنٹہ قبل (۹۲ ملی) ATROPINE SULPHATE کا انجکشن دیا جاتا ہے۔

اس ٹیسٹ میں استعمال کیے جانے والے CANNULA مختلف قسم کے ہوتے ہیں جو درج ذیل ہیں۔

۱ RUBINS CANNULA

۲ LEECH AND WILKINSONS' CANNULA (SCREW TYPE)

1- RUBIN'S CANNULA

2- LEECH AND WILKINSON'S CANNULA

3. BONNYES CANNULA

تصویر نمبر ۲۳ CANNULA کی مختلف اقسام

۳ BONNEY'S CANNULA

معدوم الحمل عورتوں میں THIN RUBIN'S CANNULA اور کثیر الحمل عورتوں میں SPIRAL TYPE استعمال کیا جاتا ہے BONNEY'S CANNULA اسی وقت استعمال کیا جاتا ہے جبکہ مجرائے عنق الرحم میں (FENTON'S DILATOR No.8) سے عمل تو کیا گیا ہو۔

۳- HYSTEROSAL PINGOGRAPHY

معاینہ کے اس طریقے میں رحم کے اندر RADIO OPAQUE سیال پچکاری کے ذریعہ داخل کیا جاتا ہے جس سے RADIO GRAPH کرنے پر ٹیوب کی کیفیت معلوم ہو جاتی ہے۔ اس ٹیسٹ کے ذریعہ تسدیہ کا مقام معلوم ہو جاتا ہے آپریشن سے قبل تشخیص کا یہ طریقہ نہایت ہی کارآمد ہے۔

۴- BASAL BODY TEMPERATURE

طبی مشاہدہ سے پتہ چلتا ہے کہ تبویض کے بعد ہونے والے طمث میں جسم کے

ٹمپریچر میں دو طرح سے تبدیلی واقع ہوتی ہے چنانچہ OESTROGEN PHASE
میں طمث سے تبویض تک ٹمپریچر نارمل سے کم ہوتا ہے تبویض کے وقت یہ چند گھنٹوں
کے لیے نصف ڈگری کم ہوجاتا ہے اس کے بعد تقریباً ایک ڈگری بڑھ جاتا ہے اور
یہ اضافہ PROGESTERONE PHASE
میں طمث کے شروع ہونے سے قبل ۲۴ سے ۴۸ گھنٹہ
تک باقی رہتا ہے۔ اگر اس وقت استقرار حمل ہوجائے تو جسم اصفر کی وجہ سے یہ اضافہ
مسلسل قائم رہتا ہے۔ لہٰذا اس علامت سے نہ صرف یہ کہ تبویض کا ثبوت ملتا ہے بلکہ
حمل کے ابتدائی مرحلہ میں ہونے کا بھی پتہ چلتا ہے۔ بغیر تبویض کے ہونے والے دورہ میں
دورہ کی مکمل مدت تک ٹمپریچر نارمل سے تھوڑا کم ہوتا ہے۔

علاج

بعض اوقات طبی معاینہ اور مکمل INVESTIGATION کے بعد بھی عقر کے صحیح
سبب کے بارے میں نہیں معلوم ہوپاتا۔ اور اکثر یہ دیکھا گیا ہے کہ ان عورتوں میں بغیر کسی
مشورہ رہنمائی یا علاج کے استقرار حمل ہو بھی جاتا ہے۔

سیلان ابیض مرضی

مہبل اور عنق الرحم کا مرضی ارتشاح حوینات منویہ کی حرکت کو ختم کردیتا ہے لہٰذا
اس کا مناسب علاج کرنا چاہیئے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جب سیلان کا سبب دور کردیا جاتا ہے
تو استقرار حمل ہوجاتا ہے۔

DILATATION AND CURETTAGE

یہ عمل طمث ختم ہونے کے دو تین دن کے بعد کرنا چاہیئے CUREJJAGE
بہت ہلکے ہاتھ سے کرنا چاہیے۔ کیونکہ طمث کے فوراً بعد غشار مبطن الرحم بہت زیادہ دبیز
نہیں ہوتی۔ ایسی حالت میں بہت زور کے ساتھ CURETTAGE کرنے سے بالائی مخاطی
ساخت کے ساتھ ساتھ BASAL LAYER بھی کھل جاتی ہے اور طمث کے

EXFOLIATION کے بعد نہیں سے اخطاط شروع ہوجاتا ہے۔

MYOMECTOMY

اس کے ساتھ ساتھ اگر MENORRHAGIA یا MENOMETRORRHAGIA بھی ہو تو ایسی مریضہ کے لیے MYOMECTOMY ضروری ہے۔ اور اگر بانجھ عورتوں میں MYOMATA کے ساتھ معمولی عوارض بھی ہوں تو بھی MYOMECTOMY ضروری ہے۔

ہارمونز

اس وقت دے جائیں جب یہ اطمنان ہوجائے کہ مجری تناسل میں کوئی غیرطبعی صورت نہیں ہے۔ اور عقر کا سبب صرف HORMONAL INSUFFICIENCY ہی ہے۔ اس مقصد کے لیے CHLOMOPHENE CITRATE (50-100 mg) طمث کے پانچویں دن سے شروع کرکے روزآنہ سات دن تک مسلسل دیا جائے فربہی کے لیے دوا ملک یا یہ نسخہ دیں

انیسون۔ بادیان۔ تخم کشوث۔ گل بابونہ۔ مصطگی۔ تخم کرفس۔ اجوائن دیسی۔
ان دواؤں کو پانی میں جوش دے کر مل چھان کر گلقند ملاکر روزآنہ صبح کو پلایا جائے۔

کلانی شکم کے لیے

جوارش جالینوس۔ جوارش زرعونی۔ جوارش مصطگی یا جوارش کمونی دیں۔

کولیسٹرال کی زیادتی صورت میں یہ نسخہ دیں۔

تخم کرفس۔ انیسون۔ اجوائن دیسی۔ تخم حلبہ۔ اسارون۔
پانی میں جوش دے کر چھان کر گلقند ملاکر دونوں وقت پلایا جائے شحمی غذاؤں سے پرہیز کیا جائے۔

اگر رحم میں سوء مزاج حار ہو تو اس نسخہ سے پہلے تبرید کے لیے یہ نسخہ دیں۔
شیرہ تخم خیارین۔ شیرہ خارخسک۔ شیرہ مغز تخم کدو شیریں شیرہ مغز تخم تربوز۔ شیرہ عناب۔ عرق گاؤزباں۔ شربت نیلوفر شربت لیمو۔ شربت سیب۔ شربت انار۔ شربت صندل۔ شربت خشخاش حسب مناسب دیں

عانہ پر ان دواؤں کا ضماد کریں۔

رسوت۔ گل سرخ۔ صندل سفید۔ طلب۔ برگ کاسنی سبز۔

اگر غلبہ صفرا ہو تو پہلے ان دواؤں سے تنقیہ کرائیں۔

گل بنفشہ۔ گل نیلوفر۔ عناب۔ آلو بخارہ۔ تخم خبازی تخم کاسنی۔ تخم خیارین۔ تخم تمر ہندی۔

اگر سوء مزاج بارد ہو تو پہلے چند دنوں تک دواء المسک دیں۔ پھر طمث سے فارغ ہونے کے بعد یہ فرزجہ استعمال کرائیں۔

سنبل الطیب۔ ساذج ہندی۔ اکلیل الملک۔ زعفران۔ بط کی چربی۔ مرغی کی چربی۔

زردی بیضہ مرغ۔

درج ذیل ادویہ کی دھونی دیں۔

ہڑتال سرخ۔ مرمکی۔ جوزوالسرو۔ بہروزہ خشک۔ لوبان۔ حب الغار۔ غذا میں گرم حیوانات مثلاً کبوتر کا بچہ۔ مرغ۔ بٹیر یا تیتر کا گوشت دیں۔

اگر سوء مزاج یابس ہو تو روغن گاؤ نبات سفید کے ہمراہ یا شیر بز شربت عناب کے ہمراہ پلائیں۔

مغز بادام شیریں۔ مغز تخم کدو شیریں۔ مغز تربوز۔ نبات سفید۔ باریک پیس کر صبح کو تازہ مکھن کے ساتھ کھلائیں۔ روغن گل۔ روغن کدو۔ یا روغن بادام کی مالش عانہ۔ فرج کے اندر اور باہر رانوں تک کریں۔ عورت کا دودھ لعاب بہدانہ اور اسپغول کے ساتھ بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔

اگر سوء مزاج تر ہو تو حب ایارج دیں۔ مندرجہ ذیل فرزجہ استعمال کریں۔

تخم حنظل۔ انزروت۔ سماق مرمکی۔ زعفران پھٹکری اور شہد کے ساتھ ملا کر بطور فرزجہ استعمال کرائیں۔ گل سرخ۔ مازو۔ پھٹکری۔ تج۔ صعتر۔ سک۔ پانی میں جوش دے کر صاف کر کے رحم کے اندر بطور انیما استعمال کریں۔

معجون مقوی رحم دیں۔

حب حمل، طمث سے فارغ ہونے کے بعد ایک عدد پاؤ لیٹر دودھ کے ساتھ صبح و شام تین دن تک کھلائیں۔ اور چوتھے دن مباشرت کرنے کی ہدایت کریں یہی عمل تین مہینے تک کریں۔ یا حب مراد ایک عدد صرف صبح کے وقت دودھ کے ساتھ استعمال کریں۔ اور مندرجہ بالا ہدایات پر عمل کریں

ARTIFICIAL INSEMINATION

یہ طریقہ ان عورتوں کے لیے مستعمل ہے جن کے شوہروں کو احلیل تحتانی (HYPOSPADIAS) یا سرعت انزال ہوتا ہے۔ لیکن یہ طریقہ فی الحال ہندوستان میں مقبول نہیں ہے۔

جماع مولم
DYSPAREUNIA

DYSPAREUNIA کی اصطلاح سب سے پہلے ROBERT BARNES نے 1873 میں استعمال کیا۔ اس کے عام اسباب درج ذیل ہیں۔

۱۔ مدخل میں دردناک مقام کا ہونا
۲۔ مہبل میں حالت تسدیہ۔
۳۔ التہاب۔
۴۔ رحمی اتصالات کی بیماریاں۔
۵۔ SIGMOID COLON کا ورم۔
۶۔ نفسیاتی اسباب۔ مثلاً خوف حمل۔ ازدواجی زندگی کا خراب ہونا۔ یا ناخوشگوار جنسی تعلق۔

اگر ابتدا ہی سے مباشرت کے دوران تکلیف ہو تو اسے PRIMARY DYSP-AREUNIA ۔ اور اگر ابتدا میں جنسی زندگی نارمل ہو لیکن کچھ دنوں کے بعد تکلیف شروع ہو تو اسے SECONDARY DYSPAREUNIA کہا جاتا ہے۔ پرائمری DYSPAREUNIA میں تکلیف دخول کے وقت اور مدخل پر ہوتی ہے۔ جبکہ ثانوی میں DYSPAREUNIA کے علاوہ دیگر عوارض بھی ہوتے ہیں۔

PRIMARY DYSPAREUNIA

بعض عورتوں میں یہ صورت نقص نمو کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ لیکن اس کے علاوہ بعض PHYSIOLOGICAL امور کے سبب سے بھی ہوتی ہے جس کے نتیجے میں ہیجان اور LEVATOR ANI عضلات میں انقباض کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔

خلفی تشریحی سقوم

یہ تشریحی سقوم غشائے بکارت۔ مہبل یا عنق الرحم میں ہوتے ہیں ان عورتوں میں دفاعی انعکاس کی شکل میں عضلات میں اینٹھن (VIGINISMUS) کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جن کے نتیجے میں دخول صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا۔ ایسی حالت میں EXCISION کی ضرورت پڑتی ہے۔ لیکن بعض اوقات EXCISION کے بعد بھی یہ صورت باقی رہتی ہے ایسی حالت میں PHYSIOLOGICAL TREATMENT ضروری ہے۔

بعض اوقات یہ صورت مہبل کی عدم موجودگی یا بلوغت کے وقت جنسی اعضاء کی تکمیل نہ ہونے کے نتیجے میں مہبل کے تنگ اور چھوٹے ہونے کی وجہ سے بھی ہوا کرتی ہے۔ اسی طرح VAGINAL SEPTUM کے نتیجے میں بھی دخول نہیں ہو پاتا۔ عنق الرحم کے خلقی ELONGATION کی حالت میں بھی دخول تکلیف دہ اور نامکمل ہوتا ہے۔

VAGINISMUS

ایسی حالت میں عام طور پر عضلاتی تشنج کے نتیجے میں ہی DYSPAREUNIA ہوتا ہے۔ یہ عورتیں یا تو نازک مزاج ہوتی ہیں یا بار بار دخول کے لیے طاقت استعمال کرنے کے نتیجے اتنی حساس ہو جاتی ہیں کہ ان کے فرج کو صرف چھو دینے سے ہی نہ صرف عجان کے عضلات بلکہ کولھے، رانوں اور پشت میں شدید قسم کا انقباض شروع ہو جاتا ہے ایسی عورتیں مباشرت کے وقت اپنی رانوں کو کھینچ کر کولھے اوپر اٹھا لیتی ہیں جس سے پشت کمان کی مانند ہو جاتی ہے۔ انھیں کسی بھی علاج سے افاقہ نہیں ہوتا تاوقتیکہ وہ اپنے آپ میں اعتماد نہ پیدا کر لیں۔ بعض عورتوں کو مدخل کے بعنط کر دینے سے کچھ افاقہ ضرور ہوتا ہے۔ بہتر یہی ہے کہ بغیر تخدیر کے ہی توسع (DILATATION) آہستہ آہستہ کیا جائے تاکہ مریضہ کو بھی اس کا احساس ہو کہ اس کا علاج کیا جا رہا ہے یہ علاج کئی دن تک جاری رکھنا چاہیئے اور جب مہبل اتنی منبسط ہو جائے کہ دو انگلیاں بآسانی داخل ہونے لگیں تو پھر مباشرت کے لیے اجازت دی جائے۔

اگر معائنہ کے دوران یہ معلوم ہو جائے کہ DYSPAREUNIA کا سبب کوئی مقامی گزند مثلاً FISSURE یا چھوٹا زخم ہے تو اس کا علاج کیا جائے اور تندرست ہونے

تک مباشرت سے پرہیز کرنے کی ہدایت کی جائے۔

بعض اوقات اصول مباشرت کی ناواقفیت کے نتیجے میں بھی DYSPAREUNIA کی شکایت ہوسکتی ہے۔ اس لیئے انھیں مباشرت کے صحیح طریقے اور وضع کے بارے میں بتایا جائے۔

SECONDARY DYSPAREUNIA

مرض کی اس قسم میں سبب فرج۔ مہبل یا احشاء عانہ میں ہوتا ہے اور درد عموماً مباشرت کے دوران یا مباشرت کے بعد مہبل کے اوپری حصہ میں ہوتا ہے۔ خراج بارتھولین۔ کیسہ یا عجان کے انشقاق کے REPAIR کے نتیجے میں ہونے والے دردناک SCAR یا منفذ میں تکلیف دہ KRAUROSIS VULVA ، URETHRAL CARUNCLE زخم ہونے کے نتیجے میں بھی DYSPAREUNIA ہوسکتا ہے۔ بعض اوقات مہبل کی تفتیق (STENOSIS) یا عجان کے REPAIR نتیجے میں منفذ کے تنگ ہونے کی وجہ سے بھی مباشرت کے وقت درد ہوتا ہے۔

مباشرت کے دوران اور مباشرت کے بعد ہونے والا درد قضیب کے محراب مہبل (VAGINAL VAULT) سے ٹکرانے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ درد HYPOGASTRIUM اور قطنی عجزی حصہ (LUMBOSACRAL REGION) میں محسوس ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ POUCH OF DOUGLAS میں مبیض کا دحاق یا عانہ میں ہونے والے سلعات پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں بھی مباشرت کے دوران درد ہوسکتا ہے۔

علاج

جہاں تک ممکن ہو منفذ کو منبط کرنے سے پرہیز کرنا چاہیئے۔ لیکن اگر EPISIOTOMY کی وجہ سے درد ہوتا ہو تو پھر سرجیکل ٹریٹمنٹ ضروری ہے۔

اگر DYSPAREUNIA مرد کی وجہ سے ہو تو اس کے اسباب حسب ذیل ہوتے ہیں۔

۱ ۔ تضیب میں ہونے والے خلقی سقوم ۔

۲ ۔ دخول کے لیے انتشار تضیب یا ایستادگی کا قایم نہ رہنا

۳ ۔ سرعت انزال ۔

۴ ۔ اصول مباشرت کو نظر انداز کرنا۔

آٹھواں باب

نفسیاتی عوارض

اختناق الرحم HYSTERIA

عصبی عدم توازن میں مبتلا عورتوں میں بعض نفسیاتی محرکات کے نتیجے میں پیدا ہونے والی غیر طبعی نفسیاتی حالت کو ہسٹری کہتے ہیں اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔
(۱) حسی (SENSORY TYPE) (۲) حرکتی (MOTOR TYPE)

اختناق الرحم حسی

مرض کی اس قسم میں مریضہ مختلف قسم کے عوارض بیان کرتی ہے جس میں چند اہم عوارض درج ذیل ہیں۔

۱۔ سر درد
۲۔ نقص بینائی۔ صحیح طور پر نظر نہ آنا۔
۳۔ بہرا پن یا زود حسی۔
۴۔ ذائقہ صحیح نہ ہونا۔
۵۔ بھوک نہ لگنا۔
۶۔ سوء ہضم اور قراقر
۷۔ قبض اور احتباس بول۔

۸۔ ہچکی اور جمائی۔

۹۔ سانس پوری طرح نہ لے سکنا۔

۱۰۔ اختلاج قلب اور تعریق۔

۱۱۔ یادداشت ختم ہو جانا۔

۱۲۔ جسم میں کسی بھی قسم کا درد

اختناق الرحم حرکتی MOTOR TYPE

اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔
تشنجی اور غیر تشنجی۔

اختناق الرحم تشنجی CONVULSIVE HYSTERIA

اس میں درج ذیل عوارض ہوتے ہیں۔

۱۔ اختلاجِ قلب۔

۲۔ عسر تنفس کے ساتھ حلق میں کسی شے کے پھنسے ہوئے ہونے کا احساس۔

۳۔ دیکھنے والوں کی موجودگی میں گر پڑنا لیکن اس احتیاط کے ساتھ کہ چوٹ نہیں لگتی۔

۴۔ مریضہ بیہوش نہیں ہوتی۔ دورہ کے دوران نہ تو دانتوں کے درمیان زبان آتی ہے اور نہ غیر ارادی طور پر پیشاب ہوتا ہے۔

۵۔ انعکاس قرینہ برقرار رہتا ہے۔

۶۔ لوگوں کی موجودگی اور ہمدردی ہی کی حالت میں دورے پڑتے ہیں۔

اختناق الرحم غیر تشنجی NON CONVULSIVE

ایسی حالت میں مریضہ ایک جانب کے بالائی اور زیریں اطراف، یا دونوں جانب کے اطراف کی حرکت میں دشواری محسوس کرتی ہے۔

علامات فارقہ

	اختناق الرحم (HYSTERIA)	صرع EPILEPSY
۱.	دورہ کے وقت مکمل بیہوشی نہیں ہوتی	کامل بیہوشی ہوتی ہے۔
۲.	چہرہ زرد یا سرخ ہوتا ہے۔ چہرہ پر کھنچاوٹ نہیں ہوتی۔	چہرہ نیلگوں ہولناک اور ایک جانب کو کھنچا ہوا ہوتا ہے۔
۳.	منہ بند ہوتا ہے اور زبان اپنی جگہ پر ہوتی ہے۔	دانت کھلے ہوئے اور زبان باہر نکلی ہوئی ہوتی ہے۔
۴.	آنکھیں بند اور پپوٹوں میں اختلاجی حرکت ہوتی ہے لیکن آنکھ کی پتلیاں اپنی جگہ پر قایم رہتی ہیں	آنکھیں نصف کھلی ہوئی ہوتی ہیں اور آنکھوں کی پتلیاں متحرک ہوتی ہیں۔
۵.	رضاب بالکل نہیں نکلتا۔	رضاب سفید یا سرخی مائل ہوتا ہے۔
۶.	تنفس ضعیف ہوتا ہے اور خراٹے کی آواز نہیں ہوتی۔	تنفس تکلیف دہ ہوتا ہے اور خراٹے کے ساتھ ہوتا ہے۔
۷.	تشنج پورے جسم میں یکساں ہوتا ہے اطراف زور سے سکڑتے اور پھیلتے ہیں۔	تشنج ایک جانب زیادہ اور دوسری جانب کم ہوتا ہے۔

علاج

دورے کے وقت چہرے پر ٹھنڈا پانی کا چھینٹا دیں۔ امونیم کارب سنگھائیں۔ یا چند بیدستر۔ نکچھکنی۔ جاوشیر پاوڈر نفوخ کریں۔ دوروں کو روکنے کے لیے INJ. PARALDEHYDE یا INJ. CALMPOSE دیں۔ پھر سبب کا علاج کریں۔

اگر مریضہ کنواری ہو تو شادی کے لیے ہدایت کریں۔

معجون نجاح، جوشاندہ انیون کے ہمراہ دیں۔ بے خوابی کے لیے سر پر لبوب سبعہ کی مالش کریں۔

تقویت کے لیے خمیرہ گاؤزبان عنبری جواہر والا، اور ہاضمہ کی صلاح کے لیے جوارش جالینوس دیں۔

FRIGIDITY

یہ نفسیاتی بیماری ہے جس میں اکثر عورتیں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ یہ دخول کی تکلیف۔ حمل کا خوف۔ امراض زہری (آتشک و سوزاک) یا شوہر سے حدو نفرت وعداوت کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے جس کی وجہ سے مہبل کے عضلات میں غیر ارادی طور پر تشنج کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جسے VAGINISMUS کہتے ہیں اور یہ کیفیت DYSPAREUNIA کا سبب بنتی ہے PSYCHOGENIC FRIGIDITY بعض عضوی امراض جیسے التہاب مہبل، سیلان ابیض، التہاب فرج، التہاب غشا مبطن رحم اور بعض اوقات سلعات رحم کا بھی سبب بنتی ہے۔

FUNCTIONAL STERILITY

یہ صورت عام طور پر حمل کے خوف کے نتیجے میں یا کسی جنسی عدم مطابقت کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں تبویض یا تو بالکل نہیں ہوتا یا ہوتا بھی ہے تو طمث کے دوران۔ اکثر دیکھا گیا ہے کہ بعض لوگ اولاد کی شدید خواہش کے باوجود محروم رہتے ہیں۔ یہاں تک کہ وہ آخر میں مایوس ہو کر کسی بچے کو گود لے لیتے ہیں۔ کچھ دنوں کے بعد جب عورت کے دل سے ماں بننے کا خوف نکل جاتا ہے تو اس کے بعد وہ حاملہ ہو جاتی ہے۔

HABITUAL MISCARRIAGE

بعض اوقات یہ کیفیت PSYCHOSOMATIC بھی ہو سکتی ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM رحم میں زود حسی کا سبب بنتا ہے۔ اسقاط کی خواہش بعض امور مثلاً اخلاقی سماجی یا معاشی حالات کے نتیجے میں ہو سکتی ہے لیکن یہ صورت عام طور پر انجانے خوف کے نتیجے میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔

عسرِ طمث

ایسی حالت میں درد، متلی قے اور بیہوشی عام طور پر ہوتی ہے۔ بعض اوقات لڑکیوں کے بلوغت کے وقت گھریلو لڑائی جھگڑے کے نتیجے میں FUNCTIONAL DYSMENO-RRHOEA ہو سکتا ہے۔ ایسی عورتیں ہر طمث سے قبل بیمار ہو جایا کرتی ہیں وہ سرکش ہوتی ہیں۔ اور اپنے کو بے سہارا محسوس کرتی ہیں۔ بعض لڑکیاں ماں کی بدمزاجی کی وجہ سے بھی عسرِ طمث یا احتباس طمث میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ اور جب وہ گھر سے دور چلی جاتی ہیں تو ان کی تکالیف ختم ہو جاتی ہیں۔

احتباس طمث

نازک اور تنگ مزاج لڑکیوں میں طمث بعض اوقات تاخیر سے شروع ہو سکتا ہے جسے PRIMARY FUNCTIONAL AMENORRHOEA کہا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ بعض اوقات بعض ذہنی پریشانیوں مثلاً جنگ کے دوران، طلاق کے معاملات، خوف (جیسا کہ زنا کے بعد اکثر ہو جاتا ہے) کے نتیجے میں طمث عارضی طور پر رک سکتا ہے جسے ثانوی احتباس طمث کہا جاتا ہے۔ احتباس کی یہ صورت سبب کو دور کرنے کے بعد خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔ بعض عورتوں کو بچوں کی خواہش یا حمل کے خوف کے نتیجے میں بھی احتباس طمث ہو سکتا ہے جسے رجار (حمل کاذب) یا PSEUDOCYESIS کہا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں مریضہ کے بطن میں نفخ ہوتا ہے۔ پستان میں بھی تبدیلیاں ظاہر ہوتی ہیں اور وزن بھی بڑھ جاتا ہے۔

نواں باب

گزند اعضاء تناسل

گزند ولادتی

انشقاق عجان، فرج و مہبل

وضع حمل کے نتیجے میں دہلیز الفرج اور شغران کبیر اکثر شق ہو جایا کرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ انشقاق اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ اس کا اثر PERINEAL BODY اور مہبل کے خلفی دیوار کے زیرین حصہ پر بھی ہوتا ہے۔ اور اکثر SPHINCTOR ANI اور ANTERIOR RECTAL WALL بھی اس سے متاثر ہوتی ہے۔

انشقاق عجان کے تین درجات ہوتے ہیں۔ پہلے درجہ میں قید الفرج۔ عجان کی جلد اور مہبل کی غشاء مخاطی متاثر ہوتی ہیں لیکن عضلات شق نہیں ہوتے۔ دوسرے درجہ میں PERINEAL BODY کے ساتھ ساتھ عجان کی جلد اور مہبل کی غشاء مخاطی متاثر ہوتی رہیں لیکن ANAL SPHINCTER پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ تیسرے درجہ میں SPHINCTER کا بالائی حصہ اور معقد کی قدامی دیوار بھی متاثر ہوتی ہیں۔

EPISIOTOMY کے کرنے کے بعد عجان میں شدید قسم کا انشقاق عام طور پر نہیں ہوتا۔ اور اگر انشقاق ہو جائے تو فوراً ہی تخدیر مقامی یا عمومی کے بعد اس کی خیاطت کر دینی چاہیے

فرج میں ہونے والا سلعہ دمویہ

یہ کیفیت وضع حمل کے دوران عموماً کسی VARICOSE VEIN

کے شق ہو جانے کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ وضع حمل کے دوران درد کی شدت اور جسم کی نزاکت کی وجہ سے یہ صورت یکبارگی بھی پیدا ہو سکتی ہے ایسی حالت میں سلعہ دمویہ تھوڑی ہی دیر میں بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اگر شق ہو جائے تو اس کے نتیجے میں شدید قسم کا جریان دم ہوتا ہے بعض اوقات EPISIOTOMY کی خیاطت یا انشقاق عجان کے فوراً ہی بعد فرج اور مہبل میں سلعہ دمویہ بن جاتا ہے۔ جو خیاطت کے دوران نا مکمل NAEMOSTASIS کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

بعض اوقات فرج کے ایک یا دونوں جانب کسی شدید قسم کی ضرب تحت الجلد کے نتیجے میں بھی سلعہ دمویہ ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں شفران پر نیلگوں ورم ہوتا ہے۔

ایسی حالت میں آرام اور COLD APPLICATION ضروری ہے۔ اگر اس کی وجہ سے وضع حمل کے دوران رکاوٹ پیدا ہو یا ورم تیزی کے ساتھ بڑھ رہا ہو تو اس میں شگاف دینا ضروری ہے اگر وقت پر تفریغ (EVACUATION) نہ کی گئی تو NECROSIS کے امکانات ہوتے ہیں۔

انشقاق مہبل و عنق الرحم

عام طور پر وضع حمل کے دوران ہونے والی گزندہی کے نتیجے میں عنق الرحم کا انشقاق ہوا کرتا ہے یہ انشقاق عموماً جانبی ہی ہوتا ہے جو ایک جانب بھی ہو سکتا ہے اور دونوں جانب بھی۔ اگر دونوں جانب ہو تو اس کے نتیجے میں عنق الرحم، قدامی اور خلفی دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ فائبروسس کے نتیجے میں یہ منقسم حصے باہر کی جانب مڑ آتے ہیں۔ اس EROSION کی کیفیت کو "ECTROPION" کہا جاتا ہے۔ ECTROPION اور التہاب غشاء مبطن عنق الرحم کے نتیجے میں مزمن قیحی یا مخاطی سیلان ہوتا ہے۔ اس کا اثر و نیات موسیہ پر بھی ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں ثانوی عقر ہوتا ہے۔ اگر عنق الرحم میں شدید قسم کا انشقاق ہوا ہو تو اس کے نتیجے میں INCOMPETENT OS کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے چوتھے یا پانچویں مہینے میں اسقاط ہو جایا کرتا ہے۔

اور وضع حمل کے دوران پیچیدگی کے امکانات ہوں تو وضع حمل کے بعد SIM'S SPECULUM کے ذریعہ عنق الرحم کا معاینہ کیا جائے۔ اگر انشقاق ہوا ہو تو احتیاط کے ساتھ اس کی خیاطت کی جائے

گزند رحمی

OBSTRUCTED LABOUR میں اگر احتیاط نہ کی جائے تو رحم شق ہو سکتا ہے
چونکہ دیہی علاقہ میں وضع حمل کے قبل اور دوران حفاظتی اقدامات کی آسانیاں فراہم نہیں ہوتیں اور
اس لیے وہاں پر اس کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ اسے "قبالیات" میں تفصیل کے ساتھ بیان
کیا گیا ہے۔

عمل جراحت کے دوران ہونے والی گزند

نرم و نازک باردار رحم سے مادہ حمل کو نکالتے وقت CURETTE یا
OVUM FORCEPS سے رحم میں حادثاتی طور پر تثقیب ہو سکتی ہے۔ اور اگر تثقیب
کا پتہ نہ چلے تو اس کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں جو اکثر موت کا سبب بنتے ہیں۔ غیر باردار رحم
میں تثقیب اس وقت ہوتی ہے جبکہ DILATOR کے ادخال میں دقت ہو یا رحم میں
RETROFLEXION یا ACUTE ANTEFLEXION
پایا جاتا ہو۔

حادثات کے نتیجے میں ہونے والی گزند

کسی تیز اور دھاردار شی پر گر جانے، گھوڑے کی سواری، یا کسی بھی حادثہ مثلاً پھسل کر گر جانے
سے بھی فرج اور مہبل کو گزند پہنچ سکتی ہے۔ شدید قسم کی گزند کی صورت میں عانہ کا کسر بھی ہو سکتا ہے
اور مہبل کے انشقاق کے تجاوز کر جانے کے نتیجے میں حالبین مثانہ اور مقعد بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔
فرج میں سلعہ دمویہ ہو سکتا ہے BRUISE یا فرج و عجان میں رض یا انشقاق
ہو سکتا ہے۔ فرج کے قدامی حصّہ کی گزند بظر تک بھی پہنچ سکتی ہے اور وہاں کی عروق دمویہ کے
شق ہونے کے نتیجے میں شدید قسم کا جریان دم بھی ہو سکتا ہے۔ اسی طرح مہبل کا خلفی انشقاق جو
VASCULAR RECTO-VAGINAL SEPTUM تک پہنچ جائے شدید قسم کی
بلیڈنگ کا سبب بنتا ہے۔
بعض اوقات مباشرت کے نتیجے میں ہونے والے زخم بھی شدت کی صورت اختیار کر لیتے ہیں

دبیز غشاء بکارت کے شق ہونے کے نتیجے میں بھی شدید قسم کا جریان دم ہو سکتا ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات شق ہونے والی عروق دمویہ کے لیے بندش کی ضرورت پڑتی ہے۔ اسی طرح مباشرت کے وقت طاقت کا استعمال بعض اوقات POSTERIOR FORNIX کے انشقاق کا سبب بنتا ہے جس کے ساتھ صدمہ (SHOCK) اور نزف بھی ہو سکتا ہے ایسی حالت میں جریان دم کو روکنے کے لیے LIGHT PACKING ضروری ہے۔

جسم غریب (FOREIGN BODY) کے نتیجے میں ہونیوالی گزند

بعض بچیاں مہبل میں جسم غریب (F.B) مثلاً پنسل کے ٹکڑے یا سیفٹی پن یا اور دوسری چھوٹی چیزیں داخل کر لیتی ہیں۔ اور ایسی حالت میں اس کا پتہ چلنا بہت دشوار ہوتا ہے کیونکہ بچیاں یا تو اس سے ناواقف ہوتی ہیں یا ڈر کی وجہ سے نہیں بتاتیں۔ ایسی حالت میں فرج سرخ اور متورم ہوتی ہے اور مہبل سے پیپ یا خون آمیز رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے ان بچیوں کا معاینہ KNEE-CHEST POSITION میں تخدیر عمومی کے بعد ہی کرنا چاہیے اور F.B. نکالنے کے بعد چند دنوں تک کسی دافع تعفن لوشن سے مہبل میں ڈوش کرتے رہنا چاہیے۔

بعض اوقات جنسی حظ حاصل کرنے کی غرض سے استعمال کی جانے والی F.B. مہبل کے اندر رہ جاتی ہے جس کے نتیجے میں التہاب مہبل ہیجانی (IRRITATIVE VAGINITIS) ہوتا ہے جو بعض اوقات زخم کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ صحیح طریقے پر استعمال نہ کی جانے والی پیسیری۔ یا ایک عرصہ تک مہبل میں پڑی رہ جانے والی پیسیری مقام زخم اور NECROSIS کا سبب بنتی ہے۔

بعض اوقات اسقاط کرانے کی غرض سے STICKS استعمال کی جاتی ہیں جس کے نتیجے میں عانہ کے انسجہ میں تعدیہ ہو جاتا ہے۔

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICES (I.U.C.D.) کے نتیجے میں بھی تثقیب ہو سکتی ہے۔

دسواں باب

تعدیہ عدوائے اعضائے تناسل

ورم فرج حاد ACUTE VULVITIS :

مقامی گرند یا مہبل کے INFECTED زخم کے نتیجے میں یہ مرض ہوتا ہے بعض اوقات شوزش اور ہیجان پیدا کرنے والا مہبل ارتشاح یا تقطیرالبول، جس کے ساتھ URINARY INCONTINENCE بھی ہو مہبل میں ورم، سرخی اور تہیج کا سبب بنتا ہے۔

بلوغت کے بعد سوزاک کے نتیجے میں ورم فرج شاذ ہی ہوتا ہے کیونکہ سوزاک کے جراثیم ان ہی انسجہ پر حملہ آور ہوتے ہیں جو STRATIFIED SQUAMOUS EPITHELIUM سے ڈھکے ہوئے نہیں ہوتے۔

بلوغت سے قبل (خصوصاً بچیوں میں) سوزاک کے نتیجے میں ورم فرج و مہبل زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ اس وقت مہبل کی غشاء مخاطی TRANSITIONAL ہوتی ہے اس کے علاوہ بچیوں میں گندگی۔ طفیلی جراثیم یا کسی F.B. کے نتیجے میں ہونے والی مہیج رطوبت کی وجہ سے ورم ہوا کرتا ہے۔ ایسی حالت میں عسر البول (DYSURIA) اور حکۃ الفرج (PRURITUS VULVA) خاص علامت ہوا کرتی ہیں۔

علاج

مہبل کو دافع تعفن لوشن سے صاف کیا جائے پنسلین انجکشن دیا جائے۔ (خصوصاً جبکہ تعدیہ سوزاکی ہو)۔ تکمید کریں

ورم فرج ذیابیطسی (DIABETIC VULVITIS)

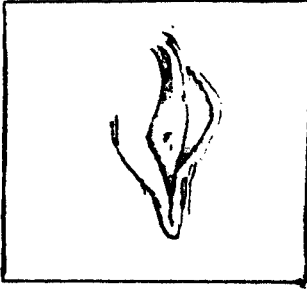
یہ ورم MONILIAL INFECTION کی وجہ سے ہوتا ہے ایسی حالت میں شدید قسم کی خارش ہوتی ہے۔

ورم بارتھولین حاد ACUTE BARTHOLINITIS

غدہ بارتھولین اور اس کی نالیوں میں ورم عموماً سوزاک کی تعدیہ ہی کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ اس کے علاوہ دوسرے قیحی جراثیم کے نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں جلد اور غشاء مخاطی سرخ چمکدار اور نازک ہوتی ہے۔ ورم کی وجہ سے منفذ چھپ جاتا ہے۔ اگر مہبل میں انگلی داخل کرنے کی کوشش کی جائے تو بہت تکلیف ہوتی ہے۔ ابتدا میں ورم سخت اور ملس ہوتا ہے لیکن خراج بن جانے کے بعد نرم اور لچکدار ہو جاتا ہے۔ مجری بارتھولین میں تسدیہ بھی ہوتی ہے خراج یا تو خود ہی پھٹ جاتا ہے یا شگاف لگانے کی ضرورت ہوتی ہے اگر خراج خود بخود شق ہو جائے تو اس کا سوراخ بہت چھوٹا ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں مادہ کا اخراج صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا ایسی حالت میں عارضی طور پر آرام مل تو جاتا ہے لیکن چند دنوں کے بعد پھر خراج بن جاتا ہے بہتر یہی ہے کہ شگاف لگانے کے بعد صاف کر کے MAGSULPH ACRIFLAVIN سے ڈریسنگ کی جاتی ہے۔

ورم بارتھولین مزمن CHRONIC BARTHOLINITIS

مزمن ورم ہونے کی حالت میں غدہ بارتولین، سنگ مرمر کی مانند سخت ہو جاتا ہے جسے انگلیوں سے دبا کر بخوبی محسوس کیا جا سکتا ہے۔ ایسی حالت میں فرج میں بار بار درد اور ورم ہوتا ہے۔ اور غدہ پر دبانے سے قیحی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ ورم مزمن ہونے کی حالت میں مکمل انقطاع ضروری ہے

کیسہ بارتھولین BARTHOLIN'S CYST

غدہ بارتھولین کی نالیوں میں تسدیہ ہونے کے نتیجے میں کیسہ بنتی ہے۔ کیسہ میں ہونے والا مادہ عموماً پتلا اور مصلی (SEROUS) ہوتا ہے لیکن بعض اوقات غلیظ اور لیسدار ہوتا ہے۔ کیسہ پر کا استر ہوتا ہے

۲۴ کیسہ بارتھولین

ورم مجری بول URETHERITIS

حاد اور مزمن دونوں قسم کا ورم عام طور پر سوزاک ہی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ حاد ورم میں درد اور سوزش کے ساتھ بار بار پیشاب ہوتا ہے منفذ مجری بول سرخ ہوجاتا ہے۔ اور مہبل کی قدامی دیوار پر انگلی سے دبانے پر SKENES DUCT سے قیح نکلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔

SKENES DUCT میں تعدیہ برقرار رہنے سے ورم مجری بول مزمن ہوتا ہے چونکہ سوزاک کے جراثیم SKENES DUCT کے عمیق حصہ پر قیام کرتے ہیں جس کی وجہ سے تعدیہ کافی عرصہ تک قایم رہتا ہے اور قیحی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ تعدیہ کے ذرائع کو ختم کرنے کے لیے ضروری ہے کہ مقام ماؤف کو CAUTERIZE کیا جائے۔

تضیق مجری بول URETHRAL STRICTURE

مجری بول میں تضیق سوزاک کی تعدیہ کے بعد یا کسی نوعی ورم کے نتیجے ہو سکتی ہے۔ اور بعض اوقات یہ شیخوخی (SENILE) بھی ہوتی ہے۔

قروح فرج

قروح حاد

مدور یا بیضوی زخم فرج کی غشاء مخاطی پر اکثر پاتے جاتے ہیں بعض اوقات یہ مہبل کے زیرین حصہ پر بھی ہوتے ہیں۔ یہ زخم BACILLUS CRASSUS کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔ اور عموماً دافع عفونت ادویات کے مقامی استعمال سے مندمل ہو جاتے ہیں۔

قروح درنی TUBERCULOUS ULCER

اسے تدرن کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

قروح آتشکی SYPHILITIC ULCER

آتشک کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔

قروح سرطانی CARCINOMATOUS ULCER

کینسر کے باب میں درج ہے۔

CHRONIC HYPERTROPHIC VULVITIS

ELEPHANTIASIS VULVA دیگر اعضا کی مانند۔ FILARIA SANGUINISHOMINIS کی وجہ سے لمفاوی عروق میں تسدیہ کے نتیجے میں ہی پیدا ہوتا ہے۔ داءالفیل (FILARIASIS) کے علاوہ بعض اوقات آتشک اور تدرن کے نتیجے میں غدد لمفاوی میں ہونے والا ورم بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔

تعدیہ۔ عدوائے عدوی مہبل INFECTIONS OF VAGINA

ورم مہبل سوزاکی حاد ACUTE GONOCOCCAL VAGINITIS

اسے سوزاک کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

ورم مہبل نفاسی حاد ACUTE PUERPERAL VAGINITIS

مہبل کے انشقاق کی حالت میں اگر قیحی جراثیم کا تعدیہ ہو جائے تو اس کے نتیجے میں قروحی (ULCERATIVE) یا غانغرانی (GANGRENOUS) ورم مہبل ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں مہبل سے قیحی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ جس میں بدبو بھی ہوتی ہے۔ اگر تعدیہ صرف مہبل ہی تک محدود ہو تو ترکیبی عوارض بہت معمولی قسم کے ہوتے ہیں لیکن عمیق انشقاق کی حالت میں تعدیہ ہونے کی صورت میں مہبل کی غشاء مخاطی اور اس سے متصل عمیق انسجہ میں SLOUGH بن جاتا ہے جس کے نتیجے میں VESICO-VAGINAL یا رحمی مہبلی STULA ہوتا ہے۔ بہت زیادہ سلف ہونے کے نتیجے میں بعض عورتوں کے مجری مہبل میں تضیق کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جو بعد میں مجرئ مہبل کے گرد ایک غضروفی حلقہ کی صورت اختیار کر لیتی ہے ایسی حالت میں تضیق اتنی زیادہ ہوتی ہے کہ ایک سائز کا DILATOR بھی داخل کرنا مشکل ہوتا ہے۔

علاج

EUSOL SOLUTION (10%) سے مجرئ مہبل کو روزانہ ڈوش کرنے کے بعد ACRIFLAVIN GLYCERINE مہبل کے اندر ڈالیں۔ قیحی تعدیہ کو روکنے کے لیے ANTIBIOTICS دیے جائیں۔ EPITHELIUM کی نمو کے لیے الیسٹروجن دیا جائے۔

ورم مہبل کیمیاوی CHEMICAL VAGINTIS

مانع حمل ادویات کے باربار استعمال کرنے کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے بعض اوقات ANTISEPTIC DOUCH کے نتیجے میں بھی یہ ورم ہو سکتا ہے۔ایسی حالت میں ان اشیاء کا استعمال ترک کر دیا جائے اور GLYCERINE ACRIFLAVIN مہبل کے اندر ڈالا جائے۔

ورم مہبل خناقی ACUTE DIPHTERITIC AGINITIS

ورم مہبل کی یہ قسم بہت ہی کم ہوتی ہے ایسی حالت میں مہبل کی غشاء مخاطی پر بھورے رنگ کی غشاء کے پارچے نظر آتے ہیں CULTURE کرنے کے بعد مرض کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ایسی مریضہ کے لیے DIPHTHERIA ANTITOXIN کے ساتھ مکمل آرام اور ISOLATION بہت ضروری ہے۔

F.B کے نتیجے میں ہونے والا ورم مہبل مزمن

بعض اوقات رحم کے RETROVERSION کے علاج کے سلسلے میں استعمال کی جانے والی پیسری کے نتیجے میں ورم مہبل ہو سکتا ہے خصوصاً جبکہ یہ ایک عرصہ تک پڑی رہ گئی ہو۔اسی طرح حلق کے لیے استعمال کی جانے والی اشیاء بعض اوقات ہاتھ سے پھسل کر اندر چلی جاتی ہیں جو ورم کا سبب بنتی ہیں۔ایسی حالت میں مہبل میں زخم ہو جانے کی وجہ سے بدبودار خون آمیز رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے بعض اوقات اس کے نتیجے میں RECTO VAGINAL FISTULA یا شدید قسم کا ورم مجاورات رحم (PARAMETRITIS) بھی ہو سکتا ہے

TRICHOMONIASIS کے نتیجے میں ہونے والا ورم مہبل

سب سے پہلے DONNE نے 1837 میں مہبل سے مترشح ہونے والی رطوبت میں TRICHOMONOS کا پتہ لگایا۔

یہ تعدیہ کسی بھی عمر میں ہو سکتا ہے اور ہمیشہ برقرار رہتا ہے علاج سے افاقہ تو بہت

جلد ہوتا ہے لیکن تھوڑے دنوں کے بعد مرض دوبارہ ہوجاتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جب سے ANTIBIOTICS استعمال کئے جانے لگے اس مرض میں اضافہ ہوتا گیا ہے۔ عورتوں میں یہ تعدیہ مباشرت ہی کے ذریعہ ہوتا ہے۔ سماجی معاشی اور ذاتی حالات کا اس مرض سے گہرا تعلق ہے اور شادی شدہ عورتوں میں اس کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔

MORPHOLOGY

TRICHOMONAS VAGINALIS کریات بیضاء سے قدرے بڑے ہوتے ہیں۔ ان میں چار FLAGELLA ایک GRANULAR CYTOPLASM اور صرف ایک بیضوی نواۃ ہوتا ہے۔ ان میں تیز حرکت مستقل طور پر ہوتی رہتی ہے۔ مردہ TRICHOMONAS اور کریات بیضاء میں تفریق مشکل سے ہو پاتی ہے۔ دونوں میں تفریق کے لیے SPECIMEN کا تازہ ہونا ضروری ہے۔ اور اسے POSTERIOR FORNIX سے ہی لینا چاہیے

عوارض و علامات

TRICHOMONIASIS کی مریضہ میں سیلان ابیض ہی ایک ایسی علامت ہے جو ہمیشہ قایم رہتی ہے۔ دورہ طمث کی مکمل مدت تک سیلان کی شکایت ہوتی ہے۔ یہ رطوبت پتلی، سبزی مائل زرد اور جھاگ دار ہوتی ہے۔ بول میں سوزش عام طور پر ہوتی ہے اگرچہ ہمیشہ نہیں رہتی DYSPAREUNIA ہوتا ہے۔ عورت کو مباشرت سے کوئی حظ نہیں حاصل ہوتا۔ مرد یہ بیان کرتا ہے کہ اس کے حشفہ پر مباشرت کے دوران یا بعد تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ سوزش و ہیجان پیدا کرنے والی رطوبت کی وجہ سے یہ عورتیں عموماً بانجھ ہوتی ہیں منفذ مہبل کھردرا اور سرخ ہوتا ہے منظار کے ذریعہ معاینہ کرنے پر مہبل کی غشاء مخاطی میں اجتماع دم کی کیفیت نظر آتی ہے۔ بعض عورتوں میں عنق الرحم کے مہبلی حصہ اور مہبل کے بالائی ⅓ حصہ پر ایک خاص علامت نظر آتی ہے جسے STRAWBERRY TYPE OF HYPERAEMIA کہا جاتا ہے۔

علاج

زن وشوہر دونوں کا علاج کیا جائے اور مرد کو یہ ہدایت کی جائے کہ وہ مباشرت کے وقت CONDOM استعمال کرے۔ FLAGYL
(METRONIDAZOL) (200mg) دن میں تین بار سات دن تک دیں۔ اگر ضرورت ہو تو دوبارہ پھر دیا جائے۔

MONILIASIS کے نتیجے میں ہونے والا ورم مہبل

HILL نے 1751 میں سب سے پہلے MONILA کی شناخت کی حالانکہ اس سے قبل 1729 میں MICHELLI نے بھی اس کے بارے میں تحقیق کی تھی DODERLEIN نے ورم مہبل کی بعض قسموں میں YEAST CELL کا مشاہدہ کیا۔ لیکن CASTELLINI نے 1915 میں MONILIA کے نتیجے میں ہونے والے ورم مہبل کے بارے میں بتایا۔

یہ دیکھا گیا ہے کہ ANTIBIOTICS کے کثرت استعمال کے نتیجے میں MONILIASIS زیادہ ہوتا جا رہا ہے۔ یہ تعدیہ غیر حاملہ عورتوں کی بہ نسبت حاملہ عورتوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ حمل کے دوران مہبل بشرہ EPITHELIUM میں گلائیکوجن کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور اسی سبب کی بنا پر ذیابیطس کی مریضہ میں یہ تعدیہ زیادہ ہوتا ہے

عوارض وعلامات

حکۃ الفرج کے ساتھ ساتھ سوزش بول کی شکایت ہوتی ہے مہبل رطوبت زرد اور پنیر کی مانند ہوتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ TRICHOMONOS کا بھی تعدیہ ہو تو رطوبت پتلی پانی اور جھاگ دار ہوتی ہے۔ مہبل سرخ اور متورم ہوتی ہے اور سفید رنگ کا خشک ارتشاح اس کے اوپر جمع ہوا ہوتا ہے۔ اس کے قُبّل اور FORNICES غلیظ رطوبت سے پُر ہوتے ہیں۔

علاج

مریضہ کو ہدایت کی جائے کہ وہ DOUCH اور مباشرت سے
پرہیز کرے۔ حفظان صحت کے اصولوں پر عمل کرے۔ فرج اور مہبل کی غشاء مخاطی پر
GENTION VIOLET (2%) لگائے۔
TAB. NYSTATIN (500,000 unit) خوردنی طور پر استعمال کرایا جائے
دو ہفتہ کے بعد پھر یہی علاج شروع کریں تاکہ مرض دوبارہ نہ ہو سکے۔

ورم مہبل شیخوخی SENILE VAGINITIS

ورم مہبل کی یہ قسم سن یاس کے بعد ہوتی ہے کیونکہ اس وقت مہبل کی بشرہ ۔
(EPITHELIUM) پتلی اور TRANSITIONAL
ہوتی ہے۔ اس مرض میں مہبل کا اوپری حصہ اور مہبل کے FORNICES
بھی متاثر ہوتے ہیں۔ غشاء مخاطی بہت چمکدار اور سرخ ہوتی ہے۔ اور اس کی سطح پر سرخ
رنگ کے چھوٹے چھوٹے دھبے ہوتے ہیں۔ ان کو چھونے سے خون نکلنے لگتا ہے۔
خارج ہونے والی رطوبت کی مقدار کم زیادہ ہوتی رہتی ہے۔ لیکن وہ خون آمیز ہوتی ہے
یہ رطوبت پیپ بھی ہوتی ہے جس کے نتیجے میں مہبل میں خارش ہوتی رہتی ہے۔ بعض عورتوں کو
پیشاب میں سوزش بھی ہوتی ہے۔

علاج

ایسٹروجن خوردنی یا مقامی طور پر استعمال کرایا جائے۔ خوردنی طور پر استعمال کرانے کے
لیے ETHINYL OESTRADIOL (0.01mg) قرص کی شکل
میں چند ہفتہ تک دی جائیں اور مقامی استعمال کے لیے 1000 unit کی
VAGINAL SUPPOSITORIES بطور فرزجہ استعمال کریں۔ حمول (فرزجہ)
استعمال کرائیں۔

قروح مہبل

زخم کی یہ قسم پیسری کے دباؤ کے نتیجے میں ہو سکتی ہے یا بعض اوقات جلق کی غرض سے استعمال کی جانے والی اشیاء کے نتیجے میں: پیسری، جو ایک عرصہ سے مہبل میں پڑی ہوئی ہو اس کے نتیجے میں ہونے والا زخم خلفی FORNIX میں ہوتا ہے۔ بڑی اور تنگ ہونے والی پیسری کے نتیجے میں ہونے والا زخم مہبل کے جانبی دیواروں میں ہوتا ہے۔

RADIUM THERAPY کے نتیجے میں ہونے والا زخم

اس قسم کا زخم بعض اوقات سرطان عنق الرحم کے علاج کے سلسلے میں دیئے جانے والے RADIUM TREATMENT کے نتیجے میں ہوتا ہے
یہ زخم مہبل کے اوپری حصہ میں ہوتے ہیں جو مندمل ہونے کے بعد SCAR میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔

امراض زہری (جماعی) کے نتیجے میں ہونے والے قروح مہبل

ابتدائی اور ثانوی آتشک کے زخم اور TERTIARY GUMMATA مہبل میں بہت ہی کم ہوتے ہیں۔

قروح مہبل درنی

درنی قروح عنق الرحم کی مہبلی سطح پر فم مہبلی کے قریب ہوتے ہیں۔ انھیں چھونے پر خون نہیں نکلتا ہے۔ یہ سرطان مہبل کے مشابہ ہوتے ہیں۔ تفریق صرف HISTOLO-GICAL EXAMINATION ہی کے ذریعہ کی جا سکتی ہے۔

ورم عنق الرحم حاد (ACUTE CERVICITIS)

یہ ورم عموماً سوزاک کے تعدیہ کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ لیکن بعض اوقات اسقاط کرانے کی غرض سے استعمال کیے جانے والے INFECTED F.B. کے

نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے۔

عوارض و علامت

شدت کے ساتھ قیمی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ منظار کے ذریعہ معاینہ کرنے پر عنق الرحم متورم نظر آتی ہے اور مجری عنق الرحم کی غشاء مخاطی سرخ ہوتی ہے اور اس میں اجتماع دم ہوتا ہے۔ اور قیمی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔

علاج

ANTIBIOTICS دیے جائیں۔

ورم عنق الرحم مزمن CHRONIC CERVICITIS

اس کے دو خاص اسباب ہوتے ہیں (۱) سوزاک اور (۲) ECTROPION کے ساتھ ہونے والا انشقاق عنق الرحم۔ ایسی حالت میں غلیظ قیمی مخاطی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ سوزاک کے نتیجے میں ہونے والے ورم عنق الرحم مزمن کی تشخیص مشکل سے ہو پاتی ہے کیونکہ جراثیم عمیق حصہ میں ہوتے ہیں SMEAR اور CULTURE عموماً منفی نگیٹیو ہی ہوتا ہے۔

عوارض و علامات اور علاج تاکل عنق الرحم کی مانند ہے۔

تاکل عنق الرحم CERVICAL EROSION

یہ مقامی سرخی جو فم جبل کے ارد گرد ہوا کرتی ہے چھوٹے تاکل (EROSION) کو محسوس نہیں کیا جا سکتا۔ یہ زخم میں اس وقت تک تبدیل نہیں ہوتا جب تک کہ وہ سرطان کی صورت نہ اختیار کرے۔ یہ مرہ ہموار چکنی اور چمکدار ہوتی ہے اور جبل کے بشرہ کی سطح سے قدرے ابھری ہوئی ہوتی ہے

تاکل عنق الرحم عام طور پر کثیر الحمل عورتوں میں ورم عنق الرحم مزمن کے پھیلنے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ لیکن NULLIPAROUS میں یہ سوزاک کے نتیجے میں ہونے

والے عنق الرحم کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے۔ ان میں سے بعض میں یہ خلقی طور پر بھی موجود ہوتا ہے جسے CONGENITAL EROSION کہتے ہیں۔ حمل کے ساتویں مہینے اور طفولیت کے دوران مجری عنق الرحم کی COLUMNAR بشرہ فم مہبل سے آگے تجاوز کر کے عنق الرحم کے PORTIO VAGINALIS کو استر کرتی ہے۔ اگر بلوغت کے بعد بھی یہ صورت باقی رہے تو اسے خلقی تاکل (CONGE- NITAL EROSION) کہا جاتا ہے۔

تاکل دو صورتوں میں ہو سکتا ہے۔

۱۔ ورم عنق الرحم مزمن میں قیح اور مخاط کے مسلسل خارج ہونے کے نتیجے میں تاکل کی صورت پیدا ہو جاتی ہے جو مرض کا علاج کرنے کے بعد خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔

۲۔ عنق الرحم کی غشاء مخاطی میں فرط استنساج (HYPERPLACIA) کے نتیجے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

عوارض و علامات

مرض کی سب سے اہم علامت سیلان ہے اس کے علاوہ وجع الظہر، عقر، عسر لول اور DYSPAREUNIA بھی ہوتا ہے۔ منظار کے ذریعہ معاینہ کرنے پر تاکل سرخ رنگ کا دکھائی دیتا ہے۔ سادہ تاکل چکنا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر چند کھلے ہوئے غدد ہوتے ہیں۔ اگر اس کی سطح دانے دار ہو تو اسے تاکل حلیمی (PAPILLARY EROSION) کہا جاتا ہے۔ اگر مجری کی تسدیہ کی وجہ سے غدد میں نفخ ہوتا ہے تو اس کے نتیجے میں سطح پر چھوٹے چھوٹے کیسہ کی مانند نظر آتے ہیں انھیں تاکل حویصلی (FOLLICULAR) EROSION کہا جاتا ہے۔ تاکل نہ تو چھونے سے ٹوٹتا ہے اور نہ اس سے نزف ہوتا ہے۔ اگر تاکل کو چھونے سے نزف ہو تو ایسی حالت میں درنی تعدیہ یا سرطان کے امکانات ہوتے ہیں۔ لہذا تشخیص کے لیے BIOPSY ضروری ہے۔

علاج

یہ عام طور پر خود ہی مندمل ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر قیحی مخاطی رطوبت ایک عرصہ سے خارج ہو رہی ہو اور مریضہ کے لیے یہ صورت تکلیف دہ ہو یا عقر کا سبب ہو تو فوری علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں ELECTROCOAGULATION کیا جا سکتا ہے اگر عنق الرحم بہت زیادہ بڑھ گیا ہو یا غدد بڑھے ہوتے ہوں تو CONIZATION بھی کیا جا سکتا ہے۔ اگر ان دونوں عمل کے ذریعہ کامیابی نہ ہو CERVICAL AMPUTATION کرنا چاہیئے۔ اس آپریشن میں شدید قسم کے نزف یا مجاورات رحم کے تعدیہ کے امکانات ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ گہرے CONISATION میں عنق الرحم کی تضیق کے امکانات ہوتے ہیں۔

ورم غشاء مبطن رحم حاد ACUTE ENDOMETRITIS

اس کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ نفاسی PUERPERAL

ورم غشاء مبطن رحم عموماً تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والے اسقاط کے بعد ہی ہوتا ہے اگر ورم صرف غشاء مبطن رحم ہی تک محدود ہو تو اسے خفیف MILD کہتے ہیں لیکن جب ورم عضلات رحم اور عانہ کے دیگر احشاء جیسے قاذف۔ مبیض۔ CELLULAR TISSUES اور وریدوں تک پہنچ جاتا ہے تو اسے شدید SEVERE کہا جاتا ہے MILD قسم میں غشاء مبطن رحم میں اجتماع دم اور التہاب ہوتا ہے۔ اگر HISTOLOGICAL معائنہ کیا جائے تو اس میں کریات بیضاء کا ایک منظم حلقہ نظر آتا ہے جو تعدیہ کو غشاء مبطن رحم اور عضلات رحم کے عمیق حصہ میں پھیلنے سے روکتا ہے۔

شدید قسم کے تعدیہ میں غشاء مبطن رحم میں NECROSIS اور نمانفرانہ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور کریات بیضاء کا حلقہ غیر منظم ہوتا ہے۔ شدید قسم کے

تعدیہ میں پورے غشار مبطن رحم میں SLOUGH کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔
جب قیحی رطوبت جوف رحم میں جمع ہو جاتی ہے تو اس کے نتیجے میں تقیح الرحم حاد
(PYOMETRA) ہوتا ہے۔

علامات و عوارض

خفیف قسم میں جسم کا درجہ حرارت بڑھ جاتا ہے۔ اور قیحی رطوبت شدت کے ساتھ
خارج ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ دوسرے ترکیبی عوارض بہت کم ہوتے ہیں۔ عنق الرحم
پھیلا ہوا اور رحم TENDER نرم اور پھولا ہوا ہوتا ہے۔ FORNICES
میں ملائیت نہیں ہوتی۔
شدت کی حالت میں قشعریرہ (RIGER) کے ساتھ بخار ہوتا ہے۔
مریضہ بہت TOXIC ہوتی ہے۔ اگر تعدیہ کے پھیلنے کی وجہ سے ورم
بار بطون ہوتا ہے تو بطن میں نمایاں TENDERNESS کے ساتھ ساتھ
نفخ اور بطن کے عضلات میں سختی بھی ہوتی ہے۔

علاج

SULPHONAMIDES اور ANTIBIOTICS حسب ضرورت
استعمال کرائے جائیں۔ اور تقیح الرحم ہو تو عنق الرحم کو منبسط کرنے کے بعد مادہ کو خارج کر دیا
جائے۔

۲۔ سوزاکی GONOCOCCAL

سوزاک کے نتیجے میں ہونے والا ورم غشار مبطن رحم حاد عنق الرحم میں ہونے والے تعدیہ
کے اوپر کی جانب پھیلنے کے نتیجے ہوتا ہے اس کے نتیجے میں طویل عرصہ تک اور شدت کے ساتھ
طمث ہوتا ہے۔

۳۔ جراحتی POST-OPERATIVE

اس قسم میں تعدیہ ELECTRO-COAGULATION یا CURETTAGE کے بعد ہوتا ہے جو آگے تجاوز کر جاتا ہے۔ اگر تعدیہ خفیف اور محدود ہو تو کوئی خطرناک بات نہیں ہے لیکن جب یہ عانہ کے دوسری ساخت یا احشاء میں پھیلتا ہے تو مختلف قسم کی پیچیدگیاں مثلاً ورم قاذفین (SALPINGITIS) ورم باربطون عانی۔ (PELVIC PERITONITIS) ورم مجاورات رحم (PARAMETRITIS) ہو سکتی ہیں۔

ورم غشاء مبطن رحم مزمن CHRONIC ENDOMETRITIS

اس قسم کا ورم بہت ہی کم ہوتا ہے جن کے دو اسباب ہوتے ہیں اول یہ کہ غشا مبطن رحم کے اوپری تہہ کا زیادہ تر حصہ ہر مہینے نکل جایا کرتا ہے اس لیے چند دورے سے زیادہ غشاء مبطن رحم کا باقی رہنا بعید از قیاس ہے۔ دوسری وجہ یہ ہے کہ رحم کی وضع عمودی ہونے کی وجہ سے رطوبت کا اخراج بہت ہی صحیح طریقے پر ہوتا رہتا ہے جس کے نتیجے میں تعدیہ کے باقی رہنے کے امکانات کم ہو جاتے ہیں۔

ورم غشاء مبطن رحم شیخوخی SENILE ENDOMETRITIS

اس قسم میں غشاء مبطن رحم پتلی ہو جاتی ہے مدور اور پلا زما خلیات میں INFILTRATION نمایاں طور پر موجود ہوتا ہے ان عورتوں میں قبل ارتشاح اور سن یاس کے بعد ہونے والا جریان دم ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں مجری عنق الرحم کی تسدیہ کے نتیجے میں تقیح الرحم (PYOMETRA) بھی ہوتا ہے۔

ورم رحم حاد ACUTE METRITIS

اس کے اسباب وہی ہوتے ہیں جو ورم غشاء مبطن رحم حاد کے ہیں بلکہ دونوں مرض ایک

ساتھ ہی ہوتے ہیں۔ لیکن ورم رحم حاد عام طور پر اسقاط عفونی (SEPTK ABORTION) یا عفونت نفاسی (PUERPERAL SEPSIS) کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے بعض اوقات اس کے ساتھ ساتھ ورم قاذفین (SALPINGITIS) اور ورم بارطون (PERITONITIS) بھی ہوتا ہے۔ ورم غشاء مبطن رحم سوزاک کے نتیجے میں بھی ورم رحم ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں رحم کی دیواروں میں ورم ہوتا ہے۔ ایک بڑا خراج یا چھوٹے چھوٹے متعدد خراج ہوتے ہیں علامات وعوارض اور علاج ورم غشاء مبطن رحم حاد ہی کی مانند ہے۔

ورم رحم مزمن (CHRONIC METRITIS)

یہ مرض انھیں عورتوں کو ہوتا ہے جو ایک یا متعدد بار حاملہ ہو چکی ہوں۔ اور عام طور پر ۳۰ سے ۴۰ سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے۔ "کثرت طمث" اس مرض کی سب سے اہم علامت ہے بعض عورتوں کو عسر طمث تشنجی، وجع الظہر ثانوی عسر طمث بھی ہوتا ہے مہبلی معاینہ کرنے پر رحم یکساں طور پر بڑھا ہوا سخت اور متحرک محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اگر اس کے ساتھ ساتھ عانہ میں تعدیہ بھی ہوتا ہے تو رحم پیچھے کی جانب خمیدہ ہو سکتا ہے۔ مبیض اور قاذف میں سخت MASSES ہوتے ہیں۔

علاج

اگر رحم متحرک ہے اور عانہ کے تعدیہ کے امکانات بھی نہیں ہیں تو VAGINAL HYSTERECTOMY کرنی چاہیے۔ اگر ورم کی وجہ سے رحم غیر متحرک ہے تو رحم کو نکالنے کے لیے LAPAROTOMY کرنی چاہیئے۔

ورم حاد کے لیے درج ذیل دوائیں دی جا سکتی ہیں۔

گل بنفشہ۔ مکوء خشک، پرسیاوشاں، تخم خیارین، مویز منقی، عناب، گاؤزباں،

مندرجہ بالا دواؤں کو رات کے وقت گرم پانی میں بھگو دیں اور صبح کو مل چھان کر آب کاسنی سبز مروق، آب مکوء سبز مروق اضافہ کر کے خمیرہ بنفشہ اس میں حل کر کے پلائیں۔ شام کے وقت خمیرہ گاؤزباں، شیرہ مویز منقی، شیرہ مکوء خشک عرق برنجاسف، عرق گاؤزباں

میں تیار کر کے خمیرہ بنفشہ۔
اس میں حل کر کے پلائیں۔
عانہ پر مندرجہ ذیل ضماد صبح و شام لگائیں۔
نکو، خشک، مغز املتاس، آردجو، گل بابونہ، اکلیل الملک، رسوت، صندل سرخ بالچھڑ، گل سرخ طلب، آب مکو، سبز، آب کاسنی سبز میں پیس کر سرکہ خالص، روغن گل، سفیدی بیضہ مرغ ملا کر نیم گرم ضماد کریں۔
دو تین دن کے بعد مرہم داخلیوں، آب کاسنی سبز آب مکو، سبز، سفیدی بیضہ مرغ، روغن گل۔ مندرجہ بالا ادویات کو اچھی طرح ملا کر باریک کپڑے کی بتی اس میں آلودہ کر کے مہبل کے اندر رکھیں۔ ورم رحم مزمن کی صورت میں گل بنفشہ، مکو، خشک، بادیان۔
پرسیاوشاں۔ بیخ کاسنی۔ تخم کثوث (پوٹلی باندھ کر) گاوزباں۔ مویز منقی۔
سب دواؤں کو رات کے وقت گرم پانی میں تر کریں اور صبح کو مل چھان کر خمیرہ بنفشہ حل کر کے پلائیں۔
عانہ پر مندرجہ ذیل ضماد صبح و شام لگائیں۔
نکو، خشک، مغز ملتاس، آردجو، گل بابونہ، اکلیل الملک، بالچھڑ، گل سرخ، مصطگی، جدوار افتیمن، صبر زرد، آب مکو، سبز، آب کاسنی سبز میں پیس کر سرکہ خالص، روغن گل، سفیدی بیضہ مرغ ملا کر نیم گرم ضماد کریں۔
مرہم داخلیون استعمال کرائیں۔
دیگر عوارض کا علاج کریں۔

نکوص (عصر جاج) خفیف (CHRONIC SUBINVOLUTION)

ایسی حالت میں وضع حمل کے بعد رحم کا نکوص مکمل طور پر نہیں ہوتا۔ عموماً یہ صورت نفاس کے دوران کیسی تعدیہ کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ وجع الظہر، عسر طمث تشنجی اور عقر بھی ہوتا ہے۔ رحم عام طور پر پیچھے کی جانب خمیدہ۔ پھولا ہوا متحرک اور نرم ہوتا ہے۔

علاج

نوجوان عورتوں میں۔ VENTRAL SUSPENSION
کی حالت میں توسیع اور CURETTAGE کیا جائے۔ سن رسیدہ عورتوں میں
جو سن یاس کے قریب ہوں اگر رحم غیر متحرک یا پیچھے کی جانب خمیدہ (RETROVERTED)
ہو تو ABDOMINAL HYSTERECTOMY کی جائے

رحم میں ہونے والی BENIGN HYPERTROPHY

یہ صورت NULLIPAROUS یا باکرہ جن میں ورم کے امکانات
نہیں ہوتے بہت ہی کم ہوا کرتی ہے۔

عوارض و علامات

کثرت طمث ہوتا ہے۔ مہبل کا معائنہ کرنے پر رحم بڑھا ہوا سخت اور متحرک محسوس ہو
تا ہے۔
ان عورتوں کے لیے HYSTERECTOMY ہی بہترین علاج
ہے۔ لیکن ایسی عورتیں جو سن یاس کے قریب ہوں انھیں ریڈیم یا DEEP X-RAYS
دی جائیں۔

تقیح الرحم PYOMETRA

جوف رحم میں قیح کے اکٹھا ہونے کو PYOMETRA
کہتے ہیں۔ یہ صورت حاد بھی ہو سکتی ہے اور مزمن بھی۔ حاد صورت عموماً نفاسی پیچیدگیوں
ہی کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ لیکن مزمن تقیح الرحم نسوانی امراض ہی کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔

تقیح الرحم حاد ACUTE PYOMETRA

تقیح الرحم رکے ہوئے مادہ حمل میں تعدیہ ہونے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اور اگر نفاس

کے دوران رحم میں RETROFLEXION کی صورت پیدا ہو جائے تو قیح کے اکٹھا ہونے کے امکانات زیادہ ہو جاتے ہیں قیح کے اکٹھا ہو جانے کے نتیجے میں تعدیہ پھیلتا ہے اور ورم قاذف ورم باربطون عانی اور THROMBOPHLEBITIS کا سبب بنتا ہے۔ اگر عنق الرحم کو منبط کر کے قیح نکال دی جائے تو ٹمپریچر کم ہو جاتا ہے۔ بطن کا درد اور سختی بھی دھیرے دھیرے ختم ہو جاتی ہے

تقیح الرحم مزمن CHRONIC PYOMETRA

تقیح الرحم مزمن مجری عنق الرحم کے تسدیہ منفذ اور جوف رحم میں رکے رہ جانے والے ترشح میں تعدیہ ہو جانے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ صورت درج ذیل اسباب کے نتیجے میں پیدا ہو سکتی ہے۔

ا۔ سرطان غشاء مبطن عنق الرحم

مرض کی شدت کی صورت میں مجری عنق الرحم کی تسدیہ کا سبب بنتا ہے جس کے نتیجے میں رکے ہوئے ارتشاح میں قیحی تعدیہ ہو جاتا ہے۔

۲۔ سرطان جسم رحم

نمو خبیثہ میں زخم ہونے کے نتیجے میں قیحی جراثیم کے ذریعہ ثانوی تعدیہ کا سبب بنتا ہے۔

۳۔ بعض اوقات IRRADATION کے نتیجے میں مجری عنق الرحم میں ہونے والی تسدیہ کی وجہ سے بھی تقیح الرحم ہوتا ہے۔

۴۔ تقیح الرحم شیخوخی

سن رسیدہ عورتوں میں پیچیدگیوں کے نتیجے میں مجری عنق الرحم میں تسدیہ پیدا ہو جاتی ہے ایسی حالت میں رکے ہوئے ارتشاح میں تعدیہ کی وجہ سے تقیح الرحم ہوتا ہے۔

۵۔ ورم غشاء مبطن رحم درنی

مرض کی شدت کی صورت میں غشاء مبطن رحم مکمل طور پر برباد ہو جاتا ہے اور اس کی سطح پر ہونے والا زخم بڑھتا ہی جاتا ہے۔ ان عورتوں میں تقیح الرحم کے ساتھ ساتھ ثانوی تعدیہ کے امکانات بھی ہوتے ہیں۔

۶۔ تحت الغشاء مخاطی فائبرومایوما میں ہونے والا سلف

اس لموآگرو تھ کی وجہ سے مجری عنق الرحم میں تسدیہ پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں تقیح الرحم (PYOMETRA) ہوتا ہے یہ صورت یا تو نفاسی پیچیدگیوں کے نتیجے میں ہوتی ہے یا سن رسیدہ عورتوں میں۔ کیونکہ ان میں سلف اکثر ہو جایا کرتا ہے

۷۔ جسم غریب (F.B.)

تقیح الرحم بعض اوقات F.B. (جو مجرمانہ اسقاط کی غرض سے استعمال کی گئی ہوں) کے نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے۔

علامات و عوارض

تھوڑے تھوڑے وقفہ کے ساتھ قیحی رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی رہتی ہے۔ قشعریرہ کے ساتھ بخار ہوتا ہے۔ بعض اوقات HYPOGASTRIUM پر درد اور سختی بھی ہوتی ہے اگر کسی سن رسیدہ عورت کا رحم (تجس معائنہ کے وقت بڑھا ہوا، نرم اور گکوب کی مانند محسوس ہو تو ایسی حالت میں تقیح الرحم کے امکانات ہو سکتے ہیں

علاج

جسم رحم یا عنق الرحم میں سرطان ہونے کی صورت میں سرطان کے علاج سے قبل رطوبت کا اخراج ضروری ہے۔
تقیح الرحم شیخوخی میں صرف مادہ کے اخراج ہی سے افاقہ ہو جاتا ہے۔ سلف ہونے کی

حالت میں HYSTERECTOMY کو اس وقت تک کے لیے ملتوی کر دینا چاہیے جب تک کہ تعدیہ ختم نہ ہو جائے ورنہ -POST-OPERA TIVE SEPTIC THROMBOP HELEBITIS کے امکانات ہوتے ہیں۔

ورم قاذفین حاد ACUTE SALPINGITIS

دراصل یہ مرض ثانوی ہوتا ہے اور ابتدائی تعدیہ مجری تناسل کے کسی بھی حصہ میں ہوتا ہے وہاں سے یہ تعدیہ براہ راست الحاق کے ذریعہ یا لمفاوی غدد کے ذریعہ قاذفین تک پہنچتا ہے بعض اوقات عنق الرحم کے توسع (DILATATION) CURETTAGE
HYSTEROSALPINGOGRAPHY
تاکل کے لیے کیے جانے والے ELECTRO COAGULATION
یا عنق الرحم کے CONISATION کے بعد بھی ورم قاذفین حاد ہو سکتا ہے اسی طرح بعض اوقات APPENDIX یا SIGMOID COLON کے تعدیہ کے نتیجے میں بھی یہ مرض ہوتا ہے۔ عام طور پر ورم قاذفین، GONOCOCCUS'
STAPHYLOCOCCUS' STREPTO COCCUS' BACILLUS COLI
اور KOCH'S BACILLUS
کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ لیکن ۶۰ سے ۷۰ فیصد تعدیہ سوزاکی ہی ہوتا ہے اس کے علاوہ مجرمانہ اسقاط کے نتیجے میں بھی STREPTOCOCCAL SALPINGITIS کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

ورم قاذفین سوزاکی حاد

ورم قاذفین سوزاکی عام طور پر ورم عنق الرحم سوزاکی کے نتیجے میں ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ اور عموماً طمث ہی کے دوران ہوتا ہے۔ چونکہ سوزاک کے جراثیم عنق الرحم کے -RACE MOSE GLAND کے عمیق حصے میں رہتے ہیں لہذا طمثی ارتشاح اور عنق الرحم کے بڑھے ہوئے ترشح کی وجہ سے انکے نمو میں مدد ملتی ہے طمث کے دوران غشاء مبطن رحم کی سطحی تہہ کی پرتیں نکلنے کے نتیجے میں وہاں پر ایک علامتی خام ساخت بن جاتی ہے جو ورم

غشاء الرحم سوزاکی حاد کے لیے مرکز تعدیہ (NIDUS) کا کام انجام دیتی ہے۔
اور بشرہ کے تسلسل کی وجہ سے تعدیہ جلد ہی غشاء مبطن رحم سے قاذف میں منتقل ہو جاتا ہے
یہ تعدیہ غشاء مخاطی، غشائی مخاطی کی زیریں تہہ اور قاذفین کے عضلاتی تہہ کے عمیق حصہ میں
ہوتا ہے۔ تعدیہ کے نتیجے میں خارج ہونے والی رطوبت کی وجہ سے غشاء مخاطی اور اس کی
زیریں تہہ میں التہاب ہوتا ہے۔ کئی جگہوں پر بشرہ برباد ہو جاتا ہے۔ اگر جسم مشر مشر میں تسلسل
ہو تو ورم کے نتیجے میں ہونے والا ارتشاح قاذف میں اکٹھا ہو جاتا ہے۔ لیکن جب وہ کھلا ہوا
ہوتا ہے تو قیحی رطوبت جوف عانہ میں جمع ہو جاتی ہے جس کے نتیجے میں خراج بن جاتا ہے۔
جب قیح قاذف میں اکٹھا ہو کر اسے منتفخ کرتی ہے تو اس کے نتیجے میں تقیح القاذف حاد
(ACUTE PYOSALPINX) ہوتا ہے۔ عام طور پر اس مرض کے نتیجے
میں ورم باریطونی عانی کے ساتھ ساتھ قاذف چسپاں بھی ہوتا ہے۔ سوزاک کے نتیجے میں ہونے والا
ورم قاذفین میں عام طور پر پورے باریطون میں ورم نہیں ہوتا ہاں اگر تقیح القاذف شق ہو جائے
(حالانکہ ایسا بہت ہی کم ہوتا) تو جوف باریطون پر بھی اثر پڑ سکتا ہے۔

اسٹریپٹو کاکس کے نتیجے میں ہونے والا ورم قاذفین حاد

یہ تعدیہ اسقاط یا وضع حمل کے بعد ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات عنق الرحم کی مرضی رطوبت
کی موجودگی میں ELECTRO COAGULATION CURETTAGE
یا HYSTERO SALPINGUGRAPHY
کرنے سے بھی ایسی صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

یہ تعدیہ رباط عریض کے لمفاوی غدا اور عروق دمویہ کے ذریعہ قاذف تک پہنچتا ہے۔ بعض
اوقات غشاء مبطن رحم سے براہ راست بھی ہوتا ہے۔

ESCHERICHIA COLI کے نتیجے میں ہونے والا ورم قاذفین

E. COLI کی وجہ سے قاذف میں تعدیہ بہت کم اور عموماً ایک ہی جانب ہوتا ہے چنانچہ
داہنی جانب APPENDIX سے لمفاوی غدد کے ذریعہ اور بائیں جانب
SIGMOID COLON سے تعدیہ ہوتا ہے۔

ہسٹری کے ذریعہ تعدیہ کی نوعیت کا پتہ چلتا ہے۔ چنانچہ سوزاک کے نتیجے میں ہونے والا ورم قاذفین طمث سے فوراً قبل یا طمث کے دوران ہوتا ہے۔ جب کہ اسٹرپٹوکاکسی کے نتیجے میں ہونے والا ورم اسقاط، وضع حمل یا اوپر بیان کے گئے آپریشن کے بعد ایک ہفتہ کے اندر ہی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں بخار یکبارگی تیز (102 — 103°F) ہوجاتا ہے۔ بطن میں شدت کا درد ہوتا ہے۔ جو جلد ہی بطن کے زیریں حصہ میں منتقل ہوجاتا ہے۔ بطن میں نفخ ہوتا ہے۔ بعض اوقات احتباس بول بھی ہوتا ہے۔ کرت بیضا ر 15,000 سے 25,000 تک بڑھ جاتے ہیں جن میں POLYMORPH ہی کی تعداد زیادہ ہوتی ہے۔

بخار مرض کی پوری مدت تک قایم رہتا ہے۔ سمیت معمولی بھی ہوسکتی ہے اور شدت کے ساتھ بھی۔ بطن کا معاینہ کرنے پر زیریں حصہ میں سختی پائی جاتی ہے۔ اور جب عانہ میں ورم بارلطون یا CELLULITIS ہوتا ہے تو بطن کے زیریں حصہ میں ایک سخت ناہموار MASS محسوس کیا جاسکتا ہے جو بعض اوقات ناف سے بھی اوپر ہوتا ہے قرع کرنے پر یہ DULL یا TYMPANIC ہوتا ہے۔ مہبل معاینہ کرنے پر اسقاط کے بعد ہونے والی عفونت کی حالت میں عنق الرحم پھیلی ہوئی اور حرکت میں ہوتی ہے۔ اطراف میں ورم ہونے کی وجہ سے رحم کو آسانی کے ساتھ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن یہ نرم پھولا ہوا اور TENDER ہوتا ہے۔

منظار کے ذریعہ معاینہ کرنے پر سوزاکی تعدیہ ہونے کی حالت میں تاکل یا ورم عنق الرحم ہوتا ہے۔ اسٹرپٹوکاکسی کا تعدیہ ہونے کی حالت میں پھیلی ہوئی عنق الرحم سے بدبودار خون آمیز قیحی رطوبت بہتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔

علامات فارقہ

ACUTE APPENDICITIS

سوزاکی ورم قاذفین طمث کے دوران یا اس سے قبل ہوتا ہے جبکہ اسٹرپٹوکاکسی کے نتیجے میں ہونے والا تعدیہ وضع حمل یا اسقاط کے فوراً ہی بعد ہوتا ہے۔ لیکن APPENDICITIS میں درد اور تناؤ داہنے ILIAC FOSSA میں ہوتی ہے جبکہ ورم قاذفین میں درد اور

تناؤ بطن کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے۔ دونوں جانب متورم ہونے کی صورت میں APPENDICITIS سے بآسانی تفریق کی جا سکتی ہے۔

INFECTED OVARIAN CYST

ورم قاذف میں ٹمپریچر کا بڑھنا۔ بطن کے زیریں حصہ میں درد تناؤ اور سختی اہم علامت ہوتی ہے۔ بڑے کیسہ کو محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اور چھوٹی کیسہ مہبل معاینہ کے ذریعہ محسوس کی جا سکتی ہے۔ بعض اوقات انھیں تقیح القاذف (PYOSALPINX) سمجھ لیا جاتا ہے۔ حاد عوارض اور کیسہ پر تناؤ ہونے سے پیچدار INFECTED مبیضی کیسہ کا پتہ چلتا ہے۔

حمل خارج از رحم ECTOPIC GESTATION

بعض اوقات دونوں کے درمیان تفریق مشکل سے ہو پاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں درد بطن کے زیریں حصہ ہی تک محدود رہتا ہے۔ کریات بیضا (W.B.C.) کے معاینہ سے تشخیص میں کوئی خاص مدد نہیں ملتی اس لیے کہ حمل منتبذ میں بھی اس کی تعداد 20000 تک پہنچ جاتی ہے۔ اسی طرح E.S.R. پر بھی بھروسہ نہیں کیا جا سکتا۔ صرف ٹمپریچر کا بڑھنا ہی کسی حد تک ورم قاذفین کی مثبتی علامت ہو سکتی ہے۔

علاج

حاد صورت میں سرجیکل ٹریٹمینٹ نقصان دہ ہے اول یہ کہ اس طرح سے مقامی تعدیہ جو محدود ہوتا ہے تمام پھیل کر باعث ہلاکت ہو سکتا ہے۔ دوسرے یہ کہ حاد صورت میں صرف SALPINGO-OOPHORECTOMY یا BILATERAL SALPINGECTOMY ہی واحد علاج ہے۔ حاد صورت میں مریضہ کے لیے مکمل آرام بہت ضروری ہے۔ بلکہ ٹمپریچر نارمل ہونے کے بعد بھی کچھ دنوں تک آرام کرنا چاہیے۔ درد، بے خوابی، قبض احتباس بول اور انیمیا کی حالت میں عوارض یا علاج کیا جائے۔ درد کے لیے ایسپرین یا دوسری دافع درد دوائیں۔ بے خوابی کے لیے BARBITURATES یا CHLORAL HYDRATE اور

برومائیڈ کا مکسچر قبض کے لیے نمکین مہلات یا انیما، احتباس بول کے لیے PROSTIGMIN.
یا CARBACHOL دیا جا سکتا ہے۔
نوعی علاج کے لیے PENICILLIN (500,000 unit) ہر چھ گھنٹہ
سے چند دنوں تک دیا جائے۔ اس کے علاوہ دوسرے BROAD SPECTRUM
ANTIBIOTIC بھی خوردنی طور پر یا انجکشن کے ذریعہ دئے جا سکتے ہیں۔
E.COLI الکلائن مکسچر کے ساتھ دی جائیں SULPHA DRUGS
اور درنی تعدیہ کے لیے STREPTOMYCIN اور دوسری
دوائیں دی جائیں۔ ان کے ساتھ CORTICOSTEROIDS بھی استعمال
کیے جا سکتے ہیں۔ حاد صورت میں ANTIBIOTIC ہی کافی ہیں لیکن
جراثیم کے VIRULENCE یا مریضہ کی قوت مدافعت کمزور ہونے کی
حالت میں، یا تعدیہ پر کنٹرول صحیح طریقے پر نہ ہو رہا ہو تو ANTIBIOTICS
کے ساتھ ساتھ CORTICOSTEROIDS بھی دئے جا سکتے ہیں۔ ان
کے استعمال سے ٹمپریچر بھی کم ہو جاتا ہے اور مریضہ کی حالت میں سدھار بھی بڑی تیزی کے
ساتھ ہوتا ہے۔
ACUTE TOXAMIA کی حالت میں HYDROCORTISONE HEMI-
SUCCINATE-(250-300mg) 5% گلوکوز میں ملا کر وریدی قطور کی
شکل میں دیا جائے پھر ابتدائی دو دنوں تک (5mg) PREDNISOLONE
ہر چار گھنٹہ سے دیا جائے اور اس کے بعد اس کی خوراک بتدریج کم کرتے جائیں اور تعدیہ کنٹرول
ہونے کے ایک ہفتہ کے بعد PREDNISOLONE دینا بند کر دیا جائے۔

ورم قاذفین مزمن CHRONIC SALPINGITIS

اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ پہلی قسم میں قاذف دبیز ہو جاتے ہیں۔

HYDROSALPINX

یہ دراصل تقیح القاذف (PYOSALPINX) ہی کا آخری نتیجہ ہے جو عوارض کی شدت کے بغیر بھی ایک عرصہ تک باقی رہتا ہے یہاں تک کہ رطوبت کا قیمی جز آہستہ آہستہ جذب ہو جاتا ہے۔ اور مصلی سیال (SEROUS FLUID) ہی باقی بچتا ہے HYDRO SALPINX ورم قاذف سوزاکی کے نتیجے میں ہوتا ہے ایسی حالت میں قاذف کی دیواریں پتلی، نیم شفاف اور مصلی سیال سے پر ہوتی ہیں۔ اس کا باہری حصہ گنگھریلا اور نمایاں طور پر منتفخ ہوتا ہے۔ اور اندرونی نصف حصہ سیدھا ہوتا ہے۔ اور اس میں معمولی سا نفخ ہوتا ہے۔ اس کا سائز مختلف ہو سکتا ہے۔ چنانچہ BILATERAL-HYDR-OSALPINX

HYDROSAL PINX ۷۵

میں یہ غیر مساوی ہوتا ہے۔ قاذف کے مشرشری کناروں کے ذریعہ مبیض بھی متاثر ہوتی ہے جس کے نتیجے میں کیسہ قاذفی مبیضی (TUBO-OVARIAN CYST) بنتی ہے۔ عام طور پر HYDROSALPINX کسی باریک ساخت کے ذریعہ اطراف کی ساخت سے چپاں ہوتا ہے جس کے نتیجے میں اس کی حرکت محدود ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات ایسا نہیں بھی ہوتا۔

بعض اوقات باہری منتفخ حصہ کے خمیدہ اور پیچیدہ ہونے کے نتیجے میں سیال میں خون کی آمیزش بھی ہو جاتی ہے۔

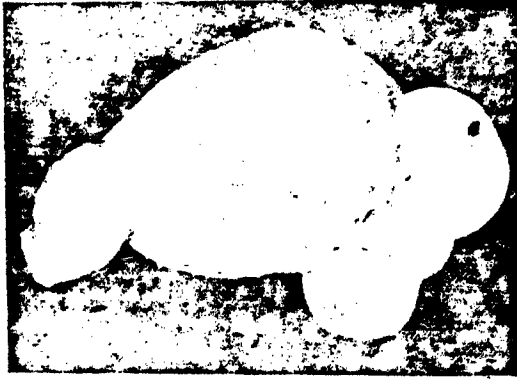
عوارض و علامات

اس کی علامتیں زیادہ نمایاں نہیں ہوتیں یہاں تک کہ بعض اوقات تو ایسا بھی ہوتا ہے کہ عقر کی تشخیص کے دوران یکبارگی اس کا پتہ چلتا ہے۔
بطنی معاینہ کرنے پر عموماً اسے محسوس نہیں کیا جا سکتا لیکن بعض اوقات یہ بطن کے زیریں حصے میں کیسی سلعہ (CYSTIC TUMOUR) کی مانند محسوس کی جا سکتی ہے۔ اس پر اکثر مبیضی کیسہ (OVARIAN CYST) کا دھوکہ ہوتا ہے۔ مہبلی معاینہ کرنے پر رحم کی سائز تو نارمل ہوتی ہے لیکن وہ سامنے یا پیچھے کی جانب خمیدہ ہوتا ہے۔ کیسی سلعہ خلقی FORNIX کے جانبی حصہ میں محسوس کی جا سکتی ہے۔ جو بعض اوقات پھیلی ہوئی ورنہ زیادہ تر گلوب کی مانند ہوتی ہیں۔ HYDROSALPINX اتصال کے ذریعہ چسپاں ہو بھی سکتا ہے اور نہیں بھی۔
دونوں جانب کیسہ کی مانند HYDROSALPINX کی موجودگی FIX MASS یا کیسہ قاذفی مبیضی پر دلالت کرتی ہے۔

علاج

EXPLORATORY LAPAROTOMY کرنا چاہیئے۔ جب قاذف بہت زیادہ منتفخ ہوں تو BILATERAL SALPINGECTOMY ضروری ہے۔ اگر صرف AMPULLARY کنارے ہی متاثر ہوئے ہیں تو TERMINAL SALPINGE-CTOMY ہی کافی ہے۔

تقیح قاذف مزمن CHRONIC SUPPURATIVE SALPINGITIS

اس کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ پہلی قسم میں قاذف دبیز ہو جاتے ہیں اور اس کا LUMEN

BILATERAL PYOSALPINX ۲۴

قیح سے بھرا ہوا ہوتا ہے جسے تقیح القاذف مزمن کہتے ہیں۔ دونوں جانب ہونے والے یہ MASSES عانہ کی ساخت اور رحم سے چسپاں ہوتے ہیں۔

دوسری قسم میں قاذف کی دیواروں میں FIBROSIS ہوتا ہے لیکن LUMEN قیح سے بھرا ہوا نہیں ہوتا۔ اسے CHRONIC INTERSTI--TIAL SALPINGITIS بھی کہا جاتا ہے۔ اس قسم میں دبازت تو نمایاں طور پر ہوتی ہے لیکن LUMEN پھیلتا نہیں ہے۔ مشر مشر کے آخری سرے بند ہوتے ہیں۔ اگر کھلے ہوئے ہوتے ہیں تو بھی ورم باریطون قاذفی (PERIS-ALPINGITIS) کی وجہ سے گھرے ہوتے ہیں۔ قاذف کی دیواروں کی دبازت بھی غیر منظم طریقے پر ہوا کرتی ہے۔ خصوصاً نصف اندرونی حصہ میں یہ کیفیت زیادہ پائی جاتی ہے اس گرہ دار قاذف کو SALDINGITIS ISTHMICA NODOSA کہتے ہیں۔

عوارض و علامات

اسقاط نفاس یا سوزاکی تعدیہ کی ہسٹری ہوگی۔ اگر شادی کے فوراً بعد ہی یہ مرض ہو تو عام طور پر سوزاکی تعدیہ ہی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ عوارض کی شدت ہوتی ہے۔ عانہ کی دیگر ساخت سے اتصال کی وجہ سے عورت ہمیشہ بیمار رہا کرتی ہے وجع الظہر اسہال اور DYSPAREUNIA ہوتا ہے کثرت طمث عام طور پر ہوتا ہے۔ ابتدائی

یا ثانوی عقر ہوتا ہے

LATENT INFECTION کی حالت میں تھوڑے تھوڑے وقفے

بطن میں TENDERNESS سختی اور شدید درد کے ساتھ ٹمپریچر بڑھ جایا کرتا ہے۔

تقیح القاذف میں TENDERNESS بطن کے زیریں حصہ میں ہوا کرتی ہے

لیکن متورم MASS شاذ ہی محسوس کیے جا سکتے ہیں۔ عوارض کی شدت کے دوران

مہبلی معائنہ ہمیشہ تکلیف دہ ہوا کرتا ہے۔ عنق الرحم جزوی یا مکمل طور پر غیر متحرک ہوتی ہے

اور رحم عام طور پر پیچھے کی جانب خمیدہ (RETROVERTED) ہوتا ہے۔ لیکن اگر

قاذف میں ہونے والے POUCH OF DOUGLAS' MASS میں ہوں تو رحم

سامنے کی جانب بھی خمیدہ (ANTEVERTED) ہو سکتا ہے۔ رحم کی سائز اور کناروں

کا اردگرد کے ورم کی وجہ سے تعین نہیں کیا جا سکتا۔ متورم MASS کے سرے غیر متعین،

سطح ناہموار ہوتی ہے اور وہ سخت ہوتے ہیں۔ اور رحم و اردگرد کی ساخت سے چپاں

ہوتے ہیں۔

علامات فارقہ

تقیح القاذف اور رحم میں ہونے والے MULTIPLE FIBROMYOMATA

وجع الظہر مزمن اور بطن میں تکلیف کا احساس اور اس کے ساتھ درد حاد اور اس کی

زیادتی، تعدیہ کی علامت ہوا کرتی ہے۔ رحم کے اطراف میں دونوں جانب ہونے والا متورم

MULTIPLE FIBROMYOMATA MASS ہی کی مانند

ہوتا ہے۔ لیکن تقیح القاذف میں اس کے غیر متحرک ہونے اور غیر پیچیدہ FIBRO-

-MYOMATOUS UTERUS کے متحرک ہونے کی وجہ سے دونوں کے

درمیان تفریق آسانی ہو جاتی ہے۔

تقیح القاذف اور (CHOCOLATE-CYST) OVARIAN ENDOMETRIOSIS

ان دونوں کے درمیان تفریق ذرا مشکل سے ہو پاتی ہے کیونکہ دونوں ہی میں وجع الظہر مزمن اور بطن میں تکلیف ہوتی ہے۔ لیکن بخار کے ساتھ ساتھ بطن میں شدید درد کا بار بار ہونا تقیح القاذف مزمن کے ہونے کی علامت ہوتی ہے۔ اور اگر شدید قسم کا بتدریج بڑھنے والا عسر طمث ہو تو اس سے PELVIC ENDOMETRIOSIS کا پتہ چلتا ہے۔ مہبل میں پائی جانے والی علامتیں دونوں یکساں ہوتی ہیں۔

تقیح القاذف اور حمل منتبذ

دونوں کے درمیان تفریق کے لیے مکمل ہسٹری معلوم کرنا ضروری ہے۔ کیونکہ وجع الظہر مزمن اور بطن میں تکلیف کا ایک عرصہ تک باقی رہنا ورم کی دلیل ہوا کرتا ہے۔ جبکہ احتباس طمث، غیر منظم مہبلی جریان دم عانہ میں درد اور غشی کے دوروں سے حمل منتبذ کی تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔

تقیح القاذف اور ورم قاذفین و مبیض مزمن

(CHRONIC-SALPINGO OOPHORITIS) (PYOSAL PINX)

غیر متحرک اور پیچھے کی جانب خمیدہ (RETROVERTED) رحم جس کے ساتھ ساتھ قاذف بھی دبیز ہو گئے ہوں ورم قاذفین و مبیض و مزمن کی تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔ لیکن ENDOMETRIOSIS ہونے کی حالت میں اس کی تشخیص ذرا مشکل سے ہو پاتی ہے۔ پھر بھی ہسٹری سے کافی مدد حاصل کی جا سکتی ہے۔ وجع الظہر مزمن اور بطنی تکلیف دونوں میں موجود ہوتی ہیں لیکن ان تکلیف کے بار بار ہونے کی وجہ سے ورم کا پتہ چلتا ہے۔ عسر طمث ENDOMETRIOSIS ہونے کی حالت میں کی تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔

علاج

مرض مزمن ہو جانے کی حالت میں CHEMOTHERAPY کے ساتھ ANTIBIOTICS دئے جائیں SUB-ACUTE INFECTION میں CORTICOSTEROIDS دئے جائیں۔ اگر دواؤں سے آرام نہ ہوتا ہو تو BILATERAL SALPINGECTOMY یا OOPHORECTOMY کرنی چاہیے۔ اگر کثرت طمث یا METRORHAGEA ہو تو HYSTERECTOMY کرنی چاہیے۔

ورم اتصلات رحمی PARAMETRITIS (PELVIC CELLULITIS)

رباط عریض کے CELLULAR TISSUES کے ورم کو PARAMETRITIS کہا جاتا ہے۔ یہ تعدیہ عام طور پر وضع حمل کے دوران ہونے والی گرندیں تعدیہ ہونے کے نتیجے میں رباط عریض تک پہنچتا ہے۔ جو یا تو اسی حصہ تک محدود رہتا ہے یا لمفاوی غدد اور CELLULAR TISSUES کے ذریعہ عانہ سے باہر بھی پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات اسقاط کرانے کے نتیجے میں شدید قسم کا PELVIC CELLULITIS ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ آپریشن کے بعد یا عنق الرحم کے ELECTRO COAGULATION (عنق الرحم میں مرضی رطوبت ہونے کی حالت میں)۔ رحم کے انشقاق کے بعد اتصالات رحمی میں خون کے آجانے کے نتیجے میں یا حمل منتبذ کے نتیجے میں بھی CELLULITIS ہو سکتا ہے۔

علامات و عوارض

قشعریرہ کے ساتھ یا اس کے بغیر بخار ہوتا ہے۔ نفاسی مریضہ میں پہلے ہفتہ کے دوران ہلکا بخار ہوتا ہے جو بعد میں بہت تیز ہو جاتا ہے۔ بطن کے زیریں حصہ میں درد، عسر بول، بھوک نہ لگنا۔ اور سر درد کے ساتھ ساتھ دوسرے کئی عوارض بھی ہوتے ہیں۔ ابتدائی چند دنوں تک بطن کے زیریں حصہ میں صرف TENDERNESS کے ساتھ

معولی سختی ہوتی ہے۔ اگر ورم (CELLULITIS) میں زیادتی ہوتی ہے تو ایک ٹھس، غیر متحرک، سخت MASS بطن کے ایک یا دونوں جانب محسوس کیا جا سکتا ہے۔ جس کی سائز اور سرے غیر متعین ہوتے ہیں

PELVIC CELLULITIS کے پھیلنے کی وجہ سے بعض عورتوں کے کولھے اور رانوں کے درمیان التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔

دو دستی معاینہ کرنے پر عنق الرحم یا محراب مہبل (VAGINAL VAULT) میں انشقاق پایا جاتا ہے۔ عنق الرحم جزوی طور پر غیر متحرک ہوتی ہے۔ اور حرکت دینے پر اس میں 'TENDERNESS' پائی جاتی ہے۔ رحم جانب میں ہٹا ہوا بھی ہو سکتا ہے اور نہیں بھی۔ ایک یا دونوں جانب کے FORNICES میں غیر واضح سخت اور غیر متحرک TENDERNESS محسوس کی جا سکتی ہے۔ رباط عریض کی سختی اور اس کا پشت کی جانب بڑھنا مقعدی معاینہ کے ذریعہ بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اگر علاج کے بعد بھی ٹمپریچر درد اور TENDERNESS باقی رہے اور کریات بیضاء کی تعداد میں اضافہ ہوتا رہے تو خراج کے امکانات ہوتے ہیں۔ تعدید شروع ہونے سے قیح بننے تک کا وقفہ ۴ سے ۶ ہفتہ کا ہوتا ہے۔

علاج

حفظ ماتقدم کے طور پر عنق الرحم اور محراب مہبل کے انشقاق کی خیاطت کی جائے۔ بہتر یہی ہے کہ CELLULITIS میں مبتلا مریضہ کو اسپتال منتقل کر دیا جائے ان کے لیے مکمل آرام ANTIBIOTICS کا استعمال اور DOUCH کے ذریعہ عنق الرحم کے ذریعہ مہبل کی صفائی ضروری ہے اس کے ساتھ ساتھ GLYCERINE ACRIFLAVIN بھی مہبل میں ڈالا جائے اور CORTISONE بھی دینا چاہیے۔ درد کے لیے ANALGESIC اور نیند کے لیے (PETHIDINE (100mg یا PHENOBARB دیا جائے

اگر ٹمپریچر مسلسل قائم رہے تو بار بار معاینہ اور کریات بیضاء کی جانچ ضروری ہے۔ تاکہ خراج کے بننے کے بارے میں معلوم ہو سکے۔ جب تعدید ختم ہو جائے تو PHYSIOTHERAPY کریں۔

وزم باریطون عانی PELVIC PERITONITIS (PERIMETRITIS)

یہ تعدید حاد یا مزمن ہو سکتا ہے۔ اور عام طور پر اعضاء تناسل کے تعدید کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ لیکن اس کے علاوہ دوسرے بطنی احشاء کے تعدید خصوصاً APPENDICITIS اور SIGMOID COLON کے DIVERTICULITIS کے نتیجے میں بھی ہوتا ہے۔ بعض اوقات آپریشن کے بعد ہونے والی پیچیدگیوں کے نتیجے میں بھی یہ تعدیہ ہو سکتا ہے اس کے علاوہ TWISTED OVARIAN CYST یا TWISTED FIBROMYOMA PELVIC ENDOMETRIOSIS اور PELVIC HAEMATOCELE کے نتیجے میں بھی ثانوی تعدید ہوتا ہے۔

عفونت بعد اسقاط

ورم باریطونی عانی خواہ حاد ہو یا مزمن عموماً اس کا سبب اسقاط کے بعد ہونے والی عفونت ہی ہوا کرتی ہے جو اکثر و بیشتر مجرمانہ اسقاط کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

نفاسی تعدیہ :

ان عورتوں میں جن کی وضع حمل سے قبل اور وضع حمل کے دوران صحیح طریقے پر حفاظت نہیں کی جاتی، اس تعدیہ کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں تعدیہ صرف جوف باریطون ہی تک محدود نہیں رہتا۔ اور باعث ہلاکت بنتا ہے

آپریشن کے بعد ہونے والا تعدیہ

مکمل ABDOMINAL یا VAGINAL HYSTERECTOMY کے بعد مجری مہبل میں جراثیم کے نتیجے میں ہونے والے ورم باریطون عانی میں تعدیہ کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ کبھی آپریشن کے دوران آنتوں یا قولون میں ہونے والے زخم کے نتیجے میں بھی تعدیہ ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات عنق الرحم کی مرضی رطوبت کی موجودگی میں اگر توسیع، CURETTAGE یا قاذف میں INSUFFLATION کیا جائے تو اس کے نتیجے

میں بھی ورم باریطون عانی ہوسکتا ہے۔

F.B کے نتیجے میں رحم اور مہبل میں ہونے والی تثقیب

جب کسی غیر عفونی آپریشن کے دوران کسی CURETTAGE یا DILATOR کی وجہ سے رحم میں تثقیب ہوجاتی ہے تو ورم باریطون بہت ہی کم ہوتا ہے۔ لیکن جب کسی F.B. کی وجہ سے رحم یا مہبل کے خلفی FORNIX میں تثقیب ہوتی ہے تو اس کے نتیجے میں مقامی یا عمومی ورم باریطون ہوتا ہے۔

سوزاک

مجرائے تناسل میں سوزاکی تعدیہ ہونے کے نتیجے میں بھی ورم باریطون عانی ہوسکتا ہے

PELVIC ENDOMETRIOSIS

OVARIAN ENDOMETRIOSIS عموماً دونوں جانب ہوتا ہے۔ اور ENDOMETRIAL CYST کی تثقیب کے نتیجے میں خون کے رسنے کے ساتھ PELVIC PERITONITIS ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اتصال (ADHESION) بہت ہی گہرا ہوتا ہے۔

سلعہ دموی عانی

اسے حمل متبذ کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

APPENDICITIS

بعض اوقات اس مرض کے نتیجے میں بھی حاد اور مزمن ورم باریطون عانی ہوتا ہے۔

عوارض وعلامات

حاد صورت میں مرض کی ابتدا بطن کے زیریں حصہ میں شدید درد کے ساتھ قے نفخ

اور بعض اوقات احتباس بول سے ہوتی ہے۔ ٹمپریچر قشعریرہ کے ساتھ یا اس کے بغیر تیز ہو جاتا ہے نبض کی رفتار ٹمپریچر کی مناسبت سے تیز ہوتی ہے۔ عموماً ایک ہفتہ میں یہ صورت ختم ہو جاتی ہے۔ لیکن قاذفی رحمی APPENDICULAR یا عانی خراج بن جانے کی صورت میں باقی رہتی ہے۔ بطن کا زیریں حصہ TENDER اور سخت ہوتا ہے اور تقرع کرنے پر آواز TYMPANITIC ہوتی ہے اگر بطن میں کوئی MASS ہوتا ہے تو وہ TENDER پھیلا ہوا اور سخت ہوتا ہے۔ مہبلی معاینہ سے کیفیت کا کوئی اندازہ نہیں لگایا جا سکتا ہے۔ کیونکہ پورے مہبلی FORNIX میں TENDERNESS ہونے کے نتیجے میں اور عنق الرحم کی حرکت تکلیف دہ ہونے کی وجہ سے رحم جو ورم کے نتیجے میں ہونے والے ارتشاح سے گھرا ہوا ہوتا ہے شاذ ہی محسوس کیا جاتا ہے۔ جانبی اور خلفی FORNIX بھرا ہوا سا ہوتا ہے۔ عانہ میں خراج بن جانے کی صورت میں خلفی FORNIX سطحی ہو کر سامنے کی جانب ابھر آتا ہے۔ رحم سامنے کی جانب کھینچ آنے کی وجہ سے عنق الرحم کا مہبلی حصہ لحام عانی کے پیچھے محسوس کیا جاتا ہے۔

علاج :- ACUTE APPENDICITIS ' PELVIC HAEMATOCELE

اور PELVIC TUMOUR کی حالت میں سرجیکل ٹریٹمینٹ ضروری ہے۔ لیکن ورم قاذف حاد میں مناسب علاج کیا جائے۔ خراج عانہ کی صورت میں POSTERIOR COLPOTOMY کرنی چاہیے۔ ورم قاذف مزمن میں جبکہ تعدیہ کی صورت ختم ہو گئی ہو صرف ٹیوب میں دبازت اور رحم کا اتصال باقی رہ گیا ہو تو پھر PHYSIOTHERAPY کرنی چاہیے۔

خراج عانہ PELVIC ABSCESS

ورم باریطون عانی اور ورم اتصلات رحمی کی بہ نسبت یہ مرض کم ہوتا ہے۔ اور ANTIBIOTICS کے استعمال کے نتیجے میں اس کے امکانات اور بھی کم ہو گئے ہیں۔

خراج عانہ یا تو درون باریطون ہوتا ہے یا ریطون کے باہر اس کے اسباب وہی ہیں۔ جو ورم باریطون عانی اور ورم اتصلات رحمی میں بیان کئے گئے ہیں۔

علامات و عوارض

ابتدا میں علامات و عوارض عانہ میں ہونے والے تعدیہ ہی کی مانند ہوتے ہیں۔ لیکن ANTIBIOTIC اور CORTISONE کے استعمال کے باوجود بھی ٹمپریچر روز آنہ بڑھتا جاتا ہے۔ آہستہ آہستہ کریات بیضا کی تعداد بھی بڑھتی جاتی ہے۔ خراج بن جانے پر عسر بول یا احتباس بول ہو جایا کرتا ہے۔ بعض عورتوں میں مقعد کی قدامی دیوار پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے RECTAL TENESMUS بھی ہوتا ہے۔

بطنی معاینہ کرنے پر ایک TENDER اور غیر نمایاں ورم بطن کے زیریں حصے میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ جو بڑھتے بڑھتے بعض اوقات ناف تک پہنچ جاتا ہے مہبلی معاینہ کرنے پر عنق الرحم بہت دقت سے محسوس کیا جا سکتا ہے۔ خلفی FORNIX سطحی نظر آتے ہیں اور مہبل کی خلفی دیوار کا بالائی ⅓ حصہ محدب ہوتا ہے۔ رحم MASS کے اوپر خط مرکزی میں یا کسی ایک جانب ہوتا ہے MASS کے سرے غیر نمایاں ہوتے ہیں۔ یہ کیسہ کی مانند ہوتے ہیں اور بہت ہی زیادہ TENDER ہوتے ہیں۔ مقعدی معاینہ کے ذریعہ اسے نسبتاً بہتر طریقے پر محسوس کیا جا سکتا ہے۔

علاج

خراج درون باریطون چونکہ خلفی FORNIX کی جانب ہوتا ہے۔ اس لیے POSTERIOR COLPOTOMY ضروری ہے۔

گیارھواں باب

درن اعضاء تناسل

GENITAL TUBERCULOSIS

1882 میں ROBERT KOCH کے دق کے جراثیم کے بارے میں پتہ لگانے سے بہت پہلے لوگوں کے اعضا تناسل کے درنی تعدیہ کے بارے میں معلوم ہو چکا تھا کیونکہ اس سے قبل 1761 MORGAGNI میں قاذف کے CASEATION کے بارے میں اپنے مشاہدات بیان کر چکا تھا۔ اس کے بعد 1831 میں REYNAULD نے اعضاء تناسل کے درنی تعدیہ کے بارے میں اپنی رائے پیش کی۔ 1897 میں ہیگر نے قاذف میں ہونے والے درنی تعدیہ کی دو قسموں کے بارے میں بتایا۔ 1883 میں ہیگر نے درنی قاذف کو عمل جراحت کے ذریعہ جسم سے نکالا، اور اسی وقت سے اس مرض کے لیے سرجیکل ٹریٹمنٹ، موضوع بحث بنا ہوا ہے۔

اس مرض میں عام طور پر کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی صرف عقم (INFERTILITY) یا طمثی تکالیف کے تفتیش یا HISTOLOGICAL DIAGNOSIS کے دوران مرض کا پتہ چلتا ہے یہ مرض ۱۵ سے ۳۰ سال کے دوران زیادہ ہوتا ہے۔ اور ان میں زیادہ تر عورتیں کنواری ہی ہوتی ہیں۔ اگر شادی شدہ ہوں بھی تو بانجھ ہوتی ہیں۔ قاذف، رحم، جسم رحم، عنق الرحم، بیض اور مہبل پر اس مرض کا اثر ہوتا ہے۔ درنی جراثیم چار طریقوں سے اعضاء تناسل کو ملوث کرتے ہیں۔

۱۔ دوران خون کے ذریعہ۔

۲۔ غدد لمفاوی کے ذریعہ۔
۳۔ نہبل کے ذریعہ ہونے والا ASCENDING تعدیہ۔
۴۔ بطن کے درنی تعدیہ کے نتیجے میں ہونے والا DESCENDING تعدیہ
یہ دیکھا گیا ہے کہ اعضاء تناسل میں ابتدائی درنی تعدیہ کم ہی ہوتا ہے۔

دوران خون کے ذریعہ ہونے والا تعدیہ

عام طور پر دوران خون ہی کے ذریعہ مجری تناسل میں تعدیہ ہوتا ہے۔ ابتدائی LESION کے غیر فعال ہونے کے نتیجے میں اکثر مرض پتہ نہیں چلتا۔ دوران خون کے ذریعہ تعدیہ ہونے کا ایک ثبوت یہ بھی ہے کہ قاذف اور رحم کے عضلات میں پایا جانے والا درنی LESION ان اعضاء کے مرکز میں ہوتا ہے اور یہ مرکز تعدیہ صرف دوران خون ہی کے ذریعہ ہو سکتا ہے

غدد لمفاوی کے ذریعہ ہونے والا تعدیہ

لمفاوی غدد کے ذریعہ اعضاء تناسل کا ابتدائی تعدیہ بہت ہی کم ہوتا ہے۔ اور اگر کبھی ہوتا بھی ہے تو INFECTED غدد ماساریقی کے ذریعہ۔

ASCENDING INFECTION

یہ تعدیہ اس صورت میں ممکن ہے جبکہ TUBERCULOUS EPIDIDMITIS میں مبتلا کوئی مریض کسی صحت مند عورت سے مباشرت کرے۔ ایسی حالت میں انزال کے وقت منی کے ساتھ ساتھ درنی جراثیم بھی نہبل میں پہنچ جاتے ہیں۔

DESCENDING INFECTION

بطن کا درنی تعدیہ مثلاً ورم باریطون درنی، یا ورم غدد ماساریقی درنی (TUBERCULO-US MESENTRIC ADENITIS) ہونے کی حالت میں مشر کے ذریعہ قاذف کے ملوث ہونے کے امکانات ہوتے ہیں۔

PATHOLOGY

فرج میں عموماً یہ مرض زخموں کی شکل میں ہوتا ہے لیکن بعض اوقات یہ کیسہ (WART)
کی شکل میں بھی ہوتا ہے۔ یہ زخم جو ابتدا میں چھوٹے اور متعدد ہوتے ہیں بعد میں مل کر ایک ہوجا
تے ہیں۔ یہ سطحی ہوتے ہیں۔ ان کے کنارے بھورے رنگ کے ناہموار اور ناسور کی مانند ہوتے ہیں
جو بعض اوقات مہبل تک پہنچ جاتے ہیں۔ زخم بھرنے کے بعد ناہموار اور گہرے نشان باقی رہ
جاتے ہیں۔

HYPERTROPHIC قسم میں مہ کی مانند ناہموار گروتھ بن
جاتی ہے جو ELEPHANTIASIS سے مشابہہ ہوتی ہے۔ لیکن صرف انسجہ کے
خوردبینی معاینہ ہی کے ذریعہ اس کی صحیح تشخیص ہو پاتی ہے۔ ران کے غدد بڑھ جاتے ہیں اور تھوڑے
ہی دنوں میں ان کی سطح پر زخم آجاتا ہے جس میں سے CASEOUS رطوبت خارج
ہوتی رہتی ہے۔

مہبل کے زیریں حصہ میں درنی تعدیہ اکثر فرج کے تعدیہ کے پھیلاؤ کے نتیجے میں ہوا کرتا
ہے۔ ایسی حالت میں ران کے غدد بڑھ جاتے ہیں۔ زخم فرج کے زخموں ہی کی مانند ہوتے ہیں
زخم مندمل ہونے کے بعد باقی رہنے والے نشان کے نتیجے میں مجری مہبل میں تقلص کی صورت
پیدا ہوجاتی ہے FORNICES میں درنی تعدیہ عنق الرحم کے درنی تعدیہ کے پھیلاؤ
کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ یہ زخم عموماً خلفی FORNIX میں ہوتے ہیں۔ ان کے باہری
کنارے چکردار ہوتے ہیں اور زرد رنگ کی سطح پر بیگنی رنگ کے ذرات کی شکل میں ہوتے ہیں۔
یہ زخم بڑھتے بڑھتے آخر میں VESICO-VAGINAL یا RECTO-
VAGINAL FISTULA کا سبب بنتے ہیں

عنق الرحم کے مہبل حصہ میں درنی تعدیہ ہو سکتا ہے۔ یہ زخم جو بعض اوقات تاکل۔ سے
مشابہہ ہوتے ہیں انھیں PROLIFERATIVE TYPE کیا جاتا ہے۔
یہ نرم و عائی اور FRIABLE ہوتے ہیں۔ انھیں چھونے سے خون نکلنے
لگتا ہے۔ بعض اوقات اس پر کینسر کا بھی شک ہوتا ہے۔ لہٰذا دونوں کے درمیان تفریق کے
لیے انسجہ کا خوردبینی معاینہ بہت ضروری ہے۔

عنق الرحم کے درنی زخم میں بھورے رنگ کی سطح ہوتی ہے۔ کنارے جیکردار بعض میں ٹھس اور بعض سرنگ کی مانند ہوتے ہیں اس کی سب سے اہم علامت شدید قسم کا سیلان ہے جو عام طور پر ثانوی تعدیہ کی وجہ سے بدبودار ہوتا ہے۔

عضلات رحم نسبت غشار مبطن رحم میں درنی تعدیہ کم ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ دیکھا گیا ہے کہ رحم ظاہری طور پر طبعی ہوتا ہے۔ لیکن تقیح الرحم ہونے کی حالت میں بڑھا ہوا بھی ہو سکتا ہے۔

غشار مبطن رحم دیکھنے میں عموماً نارمل ہی نظر آتی ہے لیکن بعض اوقات CORNUAL REGION پر چھوٹے چھوٹے زردی مائل زخم ہوتے ہیں۔ مرض کی شدت کی حالت میں زخم اور CASEATION کے نتیجے میں جوف رحم بھی بڑھ جاتا ہے۔

۲۷۔ درن رحم و قاذفین

اگرچہ عضلات رحم میں درنی تعدیہ بہت ہی کم ہوتا ہے لیکن درنی تعدیہ ہونے کی حالت میں عضلاتی ریشوں کے درمیان مختلف سائز کے CASEOUS ایریا بن جاتے ہیں۔ رحم کی دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات درنی زخم باریطون کی تہہ تک پہنچ جاتے ہیں۔

قاذفین میں درنی تعدیہ عموماً HAEMATOGENOUS ہوتا ہے۔ جس کا ابتدائی مرکز کہیں اور ہوتا ہے۔ لیکن بعض اوقات غدد ماساریقی میں

ہونے والے زخم یا INFECTED SACRO ILIAC JOINT سے چسپاں ہونے والے مشترشر کے آخری سروں سے بھی ہوتا ہے عام طور پر اس کے ساتھ ساتھ عانہ یا بطن کا باریطون بھی ملوث ہوتا ہے۔ اس تعدیہ میں بھورے مائل سفید رنگ کے درنی جراثیم قاذف کی باریطونی سطح۔ رحم، مثانہ، مقعد اور اکثر باریطون کی تہہ اور چھوٹی آنتوں پر پائے جاتے ہیں۔ یہ تعدیہ صرف باریطونی سطح ہی تک محدود رہتا ہے۔ عضلی اور مخاطی سطح پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اس لیے اسے ورم قاذفین درنی نہیں کہا جا سکتا۔

ورم قاذفین درنی کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ارتشاحی (EXUDATIVE) اور التصاقی (ADHESIVE) ارتشاحی قسم میں قاذف منتفخ اور سرخ ہوتے ہیں۔ باریطونی سطح میں TUBERCLES ہو بھی سکتے ہیں اور نہیں بھی اس قسم کے تفخ القاذف مزمن میں چند باریک التصاق (ADHESION) ہوتے ہیں جنھیں آپریشن کے ذریعہ بآسانی نکالا جا سکتا ہے۔ ان کا تراشہ (SECTION) کرنے پر LUMEN میں CASEOUS رطوبت بھری ہوئی ملتی ہے اور دیواروں میں دانہ دار ساخت یا زخم پائے جاتے ہیں۔

التصاقی قسم میں قاذف دبیز سخت اور گرہ دار ہوتے ہیں LUMEN میں بہت معمولی سا نفخ ہوتا ہے FIMBRIAL OSTIUM بعض اوقات کھلے ہوئے ہوتے ہیں لیکن قاذف کے LUMEN مسدود ہوتے ہیں خواہ جزوی طور پر ہوں یا مکمل۔ ان کا SECTION کرنے پر گانٹھیں ملتی ہیں جن میں CASEOUS رطوبت بھری ہوئی ہوتی ہے۔ اطراف کی ساخت سے شدید قسم کا ADHESION اس قسم کی خاص علامت ہوا کرتی ہے۔

مبیض میں درنی تعدیہ عموماً کم ہی ہوتا ہے۔ دراصل یہ ورم مجاورات مبیض کی ہی ایک شکل ہے جو ورم قاذف درنی کے ساتھ ہوا کرتی ہے۔ جس میں مبیض کے خاص حصہ پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اوقات دوران خون کے ذریعہ ہونے والے تعدیہ۔ کے نتیجے میں مبیض پر بھی اثر پڑتا ہے جس کے نتیجے میں مبیض بڑھ جاتے ہیں یا برباد ہو جاتے ہیں۔ ان میں CASEATION اور خراج کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔

تشخیص

اس مرض کی تشخیص مندرجہ ذیل طریقوں سے کی جا سکتی ہے۔

۱۔ BACTRIOLOGICAL EXAMINATION

۲۔ GUINEA-PIG INOCULATION

۳۔ HISTOLOGICAL EXAMINATION

۴۔ HYSTEROSALPINGOGRAPHY

علامات و عوارض

عقم

مجری تناسل میں ہونے والے درنی تعدیہ کی تشخیص عموماً عقم کے INVESTIGATION کے دوران ہوا کرتی ہے۔

طمثی عوارض

اس مرض میں مبتلا زیادہ تر عورتیں احتباس طمث میں بھی مبتلا ہوتی ہیں جو عام طور پر ثانوی ہی ہوتا ہے۔ ورم قاذفین درنی کی حالت میں MENURRHAGIA اور METRORRHAGIA دونوں ہی ہوتا ہے۔

وجع البطن

بطن میں درد صرف ورم قاذف مبیض درنی ہی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ لیکن ورم غشاء مبطن رحم میں کوئی خاص علامت نہیں ہوتی۔

سیلان مہبلی

درن عنق الرحم میں قیحی مخاطی یا صرف قیحی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ تقیح الرحم درنی ہونے کی حالت میں قیح بھی خارج ہوتی ہے۔

علامات

کسی کنواری یا بانجھ عورت میں دونوں جانب کے متورم ADRENAL MASS کی موجودگی کی حالت میں درنی تعدیہ کے امکانات ہوتے ہیں۔ اسی طرح عنق الرحم کے زخم یا تاکل کی حالت میں بھی درنی تعدیہ کے امکانات ہوتے ہیں بعض اوقات درن عنق الرحم کی تشخیص کسی تاکل کے مندمل نہ ہونے یا ELECTRO COAGULATION کے بعد اس کے اور بھی خراب ہو جانے سے بھی ہو جاتی ہے۔

علاج

ISONIAZID یا P.A.S. اور STREPTOMYCIN روزآنہ بارہ ہفتہ تک دیا جائے۔ یا ISONIAZID اور P.A.S. ایک ساتھ روزآنہ ۶ سے ۹ مہینے تک دیا جائے۔

حمل اور درنی تعدیہ

CHEMOTHERAPEUTIC دواؤں کی ایجاد سے قبل درن اعضاء تناسل کی حالت میں استقرار حمل کے امکانات بہت کم ہوتے تھے لیکن دافع درن دوائیں اور CARTISONE کے استعمال کے نتیجے میں اب یہ صورت ختم ہو چکی ہے۔ بہر حال مرض کی شدت کی صورت میں استقرار حمل کے امکانات بہت کم ہوتے ہیں۔ درن اعضاء تناسل کے علاج کے بعد اگر استقرار حمل ہو تو اکثر اسقاط ہو جایا کرتا ہے یا حمل منتبذ ہوتا ہے۔ قاذف اور مبیض کے درنی تعدیہ کی حالت میں اکثر سرجیکل ٹریٹمنٹ کی ضرورت پڑتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں تقیح القاذف، تقیح الرحم URINARY - FISTULAE یا FAECAL بھی ہو جاتا ہے

بارھواں باب

امراض جماعی

(VENEREAL DISEASES)

سوزاک GONORRHOEA

یوں تو سوزاک کے بارے میں صدیوں قبل از مسیح لوگوں کو معلومات حاصل ہو چکی تھیں لیکن سب سے پہلے چینی لٹریچر اور اس کے بعد مصر کے طبی لٹریچر میں اس کے بارے میں بیان کیا گیا ہے۔ جالینوس نے دوسری صدی عیسوی میں اسے GONORRHOEA کے نام سے موسوم کیا۔ اس کے بعد سسشرت نے بھی چھٹی صدی میں اپنی تصنیف میں اس کا تذکرہ کیا۔ دسویں صدی کے عربی لٹریچر میں بھی اس کا ذکر ملتا ہے۔ پندرھویں صدی میں سوزاک کے نتیجے میں ہونے والے احتباس بول کے اٹلی کے طبیب نے سب سے پہلے 'SOUND' استعمال کیا۔ سولھویں صدی میں جب آتشک کا مرض پھیلا تو یہ خیال کیا جانے لگا کہ سوزاک آتشک ہی کی ایک علامت ہے۔ چنانچہ ۱۷۶۷ تک خود JOHN HUNTER کا بھی یہی خیال تھا۔ لیکن اٹھارھویں صدی میں اس کے بارے میں مزید تحقیقات کی گئیں اور ۱۸۷۹ میں NEISSER نے مجری بول کی رطوبت کا معائنہ کر کے DIPLOCOCCUS کا پتہ لگایا۔

سوزاک ایک نوعی تعدیہ ہے جو GONOCOCCUS کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کا اثر سب سے پہلے مجری بول اور مجری تناسل پر ہوتا ہے۔ عورتوں میں اس کا اثر مجری بول اور مہبل کے علاوہ غدہ بارتھولین۔ عنق الرحم۔ رحم۔ قاذفین اور باریطون عانی

پر بھی ہوتا ہے خون میں جراثیم کی موجودگی اور SEPTICHEMIA کے نتیجے
میں مختلف قسم کی پیچیدگیاں جیسے رمد۔ IRITIS ورم مفاصل اور بعض اوقات ذات
الریہ شعبی ورم عضلات قلب اور ورم سحایا (MENINGITIS) بھی ہوتا ہے
بعض اوقات ANAL COITUS کے نتیجے میں مقعد میں بھی تعدیہ پایا جاتا ہے
بچیوں میں اس مرض کا تعدیہ والدین جو اس مرض میں مبتلا ہوں یا کپڑوں پر لگی ہوئی
تازہ رطوبت کے ذریعہ ہوتا ہے۔ نوزائیدہ بچوں کی آنکھیں وضع حمل کے دوران ہی ملوث ہو
جاتی ہیں۔

PATHOLOGY ۔

یہ GRAM-NEGATIVE INTRACELLULAR DIPLOCOCCUS ہیں جو
جوڑے اور عموماً گروپ کی شکل میں ہوتے ہیں۔ چنانچہ قیحی خلیات میں یہ متعدد گروپ کی شکل میں
نظر آتے ہیں۔ یہ گروہ کی شکل کے ہوتے ہیں اور ان کی محدب سطح آمنے سامنے ہوتی ہے سوزاک
حاد یا حاد قسم کی پیچیدگیوں کی حالت میں یہ بآسانی پائے جاتے ہیں۔ لیکن سوزاک مزمن میں
بہت مشکل سے ملتے ہیں۔ سوزاک مزمن کی حالت میں بہتر یہی ہے کہ طمث کے آخری دنوں
میں SPECIMEN لیا جائے۔

مریضہ کا معائنہ

مریضہ کے معائنہ سے قبل اس کی ہسٹری معلوم کرنا بہت ضروری ہے مریضہ کا معائنہ
LITHOTOMY POSITION میں کرنا چاہیے۔ مجری بول، SKENE
GLAND کے منفذ، شفران صغیر وکبیر، غدہ بارتولین اور اس کے مجری اور منفذ مہبل
کی کیفیت معلوم کرنا چاہیئے۔ فرج پر ہونے والے تازہ یا مندمل زخموں کے نشان کے بارے
میں بھی معلوم کیا جانا چاہیے۔ سوزاک حاد میں مجری بول سرخ و متورم، اور اس کی غشاء مخاطی
باہر کی جانب مڑی ہوئی ہوتی ہے۔ مہبل میں ایک انگلی داخل کر کے مجری بول کی آہستہ سے
مالش کی جائے۔ اور خارج ہونے والی رطوبت کو جانچ کرنے کے لیے لیا جائے۔ اس کے
بعد انگوٹھے اور سبابہ کی مدد سے غدہ بارتولین کو محسوس کیا جائے۔ ورم بارتولین حاد کی حالت

میں اس جانب کا شفر متورم سرخ اور TENDER ہوتا ہے۔ منفذ مجری متورم اور سرخ ہوتا ہے۔ اگر یہ ورم و سرخی کم و زیادہ ہوتی رہتی ہے تو اس سے فراج بارتھولین کا پتہ چلتا ہے۔ اس کے بعد ایک منظار مہبل میں داخل کرنے کے بعد مہبل اور عنق الرحم کی رطوبت کو صاف کیا جائے۔ حاد صورت میں عنق الرحم میں اجتماع دم اور التہاب ہوتا ہے اور تاکل کے بھی امکانات ہوتے ہیں۔ اگر تاکل ہو تو عنق الرحم سے خارج ہونے والی رطوبت کا خوردبینی معائنہ اور CULTURE کلچر کرنا چاہیے۔

اس مرض کی مدت حضانت (INCUBATION PERIOD) ۲ سے ۷ دن ہے۔ حاد تعدیہ ہونے کی حالت میں عسر بول اور سلسل البول کی شکایت ہوتی ہے۔ مہبل سے قیحی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ فرج اور رانوں میں اکثر خارش ہوتی ہے۔

علاج

اگر رطوبت کا اخراج شدت کے ساتھ ہو اور عنق الرحم میں ورم حاد ہو یا تو کل ہو تو پوٹیشیم پرمیگنیٹ (1/10,000) سے پچکاری کریں SULPHONAMIDE خاص طور پر ان حالات میں استعمال کیے جائیں جبکہ آتشک کے بھی امکانات ہوں۔ اس مقصد کے لیے SULPHATHIAZOLE اور SULPHA DIAZINE استعمال کیا جا سکتا ہے۔ حاد صورت میں 1 gm. ہر چھ گھنٹے سے چھ دن تک دیا جائے۔ CRYSTALURIA سے بچنے کے لیے ۴ سے ۵ لیٹر سیال روزآنہ پلایا جائے۔ اور اس کے ساتھ ساتھ DIHYDROSTREPTOMYCIN (1gm.) روزآنہ تین دن تک دیا جائے۔ INJ. PROCAINE PENICILLIN ہر چھ گھنٹے سے تین چار دن تک دیا جائے۔ یا AMPICILLIN (2 gm) کی ایک خوراک دی جائے۔ اس کے علاوہ KANAMYCIN اور VIBRAMYCIN بھی دیا جا سکتا ہے۔

عانہ میں ہونے والے تعدیہ کے لیے INJ. BENZYL PENICILLIN ۳ دن تک، اور اس کے بعد PROCAINE PENICILLIN روزآنہ ۷ دن تک دیا جائے۔

اگر ان دواؤں کے ساتھ STEROIDS خوردنی طور پر دیے جائیں۔
تو قاذف کی تسدید کے امکانات کم ہو جاتے ہیں لیکن اس علاج کے دوران مکمل آرام ضروری ہے بہتر یہی ہے کہ اسپتال میں داخل کرنے کے بعد یہ علاج کیا جائے۔
اگر پنسلین سے RESISTANCE پیدا ہو جائے تو درج ذیل دوائیں دیں۔
پوست خشخاش کے جوشاندہ سے تکمید کریں۔ اور اسی سے مہبل اور مجری بول میں پچکاری کریں۔
پوست فالسہ شبکی رات کو پانی میں تر کریں۔ صبح کو اس کا نتھارے کر شربت بزوری معتدل حل کر کے پلائیں۔ تین چار دن کے بعد اسی دوا کے ساتھ یہ سفوف بھی دیں۔
گیرو۔ پھٹکری بریاں۔ کباب چینی۔ سب کو باریک پیس لیں اور مصری ملا کر پلائیں۔
ست گلو۔ ست سلاجیت۔ الائچی خورد۔ پکھان بید۔ تالمکھانہ۔ بنلوچن کشتہ قلعی۔
نبات سفید۔
سب کو باریک کوٹ چھان کر سفوف بنائیں اور تازہ پانی کے ہمراہ روزآنہ کھلائیں۔
سوزاک میں مبتلا مریضہ کے لیے یہ ضروری ہے کہ ابتدائی چار ہفتوں تک ہر ہفتہ۔ اس کے بعد پندرہ دن سے چار ہفتہ تک۔ اور پھر چار مہینوں تک ہر طمث کے آخر میں معائنہ کرائے۔
ہر معائنہ کے وقت عنق الرحم، مجری بول اور اگر ممکن ہو تو غدہ بارتھولین سے لیے گئے
SMEAR کی جانچ ضروری ہے۔ اگر ورم مقعد (PROCTITIS) کی علامتیں ہوں تو RECTAL SMEAR کی بھی جانچ ضروری ہے۔ آخری ٹیسٹ میں کلچر بھی کرنا چاہیے۔ اگر مندرجہ بالا تمام ٹیسٹ نگیٹو ہوں تو ہی مریضہ کو شفایاب سمجھنا چاہیے۔
اگر SMEAR کی جانچ کے دوران سوزاک کے جراثیم ملیں تو پھر دوبارہ علاج شروع کر دیا جائے۔ دوسری بار علاج کرنے پر پنسلین کی مقدار بڑھا دی جائے۔ بہتر یہی ہے کہ P.A.M. (1.2 Mega unit) روزآنہ پانچ دنوں تک اور اس کے ساتھ ساتھ CRYSTALLINE PENICILLIN (2 LACS)
ہر ۸ گھنٹہ کے بعد دیا جائے۔ یا PENICILLIN-V خوردنی طور پر دی جائے۔
AMPICILLIN (250-500mg) ہر چھ گھنٹہ سے تین یا چار دن تک دی جاسکتی ہے۔

سوزاک تحت الحاد و مزمن

SUBACUTE AND CHRONIC GONORRHOEA

سوزاکی تعدیہ مزمن ہونے کے نتیجے میں ورم بارتولین مزمن - ENDOCERVICI-TIS ' SKENITIS یا تاکل ہوتا ہے اور ایک عرصہ تک قایم رہتا ہے اور کسی بھی وقت جسم رحم قاذفین اور باریطون عانی تک پہنچ جاتا ہے۔

ورم بارتولین مزمن

CHRONIC BARTHOLINITIS

یہ صورت حاد تعدیہ کے بعد ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں نہ تو زیادہ درد ہوتا ہے اور نہ غدہ بڑھتا ہے۔ بلکہ چھوٹا اور سخت ہو جاتا ہے۔ مالش کرنے پر اس کے منفذ پر قیح نظر آتی ہے۔ اگر معائنہ کرنے پر اس میں سوزاک کے جراثیم نہ ملیں تو GONOCOCCAL COMPLEMENT FIXATION TEST کے ذریعہ تشخیص کرنی چاہیے۔

SULPHONAMIDES یا ANTIBIOTICS کے استعمال سے مرض میں افاقہ ہو جاتا ہے۔ اگر اس میں FIBROSIS ہو یا کیسہ بن جائے تو اسے آپریشن کے ذریعہ مکمل طور پر نکال ہی دینا چاہیے۔

SKENITIS

SKENE'S TUBE ملوث ہونے کے نتیجے میں معائنہ کے وقت ان میں سے قیح نکلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ علاج کے لیے SULPHONAMIDE اور ANTIBIOTICS ہی کافی ہے۔ بعض اوقات ان دواؤں سے RESISTANCE ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں تحذیر عمومی کے بعد ELECTROCAUTERY کرنی چاہیے۔

ورم عنق الرحم

CERVICITIS

.تعدیہ کے ایک عرصہ تک قایم رہنے کے بعد ورم عنق الرحم ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں طمث کے دوران کمر میں درد کے ساتھ مخاطی قیحی رطوبت خارج ہوتی ہے لیکن SMEAR عام طور پر نگیٹیو ہی ہوتا ہے۔ کیونکہ سوزاکی جراثیم عنق الرحم کے RACEMOSE غدد کی تہہ میں ہوتے ہیں۔ اسی لئے کہا گیا ہے کہ طمث کے بعد SMEAR لے کر کلچر کرنا چاہیے۔ کیونکہ طمث سے قبل عنق الرحم سے ارتشاح ہونے کے نتیجے میں سوزاکی جراثیم اوپری سطح پر آجاتے ہیں ایسے SMEAR میں ان کی شناخت بآسانی کی جاسکتی ہے۔ اگر ٹیسٹ پہلی بار نگیٹیو ہو تو دوبارہ جانچ کی جائے۔ اور اس کے لیے COMPLEMENT FIXATION TEST کی مدد لی جائے۔ بعض اوقات تاکل مزمن بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں SULPHONAMIDE اور پنسلین کے ذریعہ علاج کیا جائے۔

مجری عنق الرحم میں دافع تعفن دوائیں جیسے مرکیوروکروم گلیسرین کے ہمراہ۔ یا ٹنکچر آیوڈین اور گلیسرین ہم وزن استعمال کی جائیں یا ICTHY MOL GLYCERINE (10%) استعمال کیا جائے۔ یہ دوائیں ہفتہ میں دو یا تین بار ضرور استعمال کی جائیں۔ اگر اس علاج سے افاقہ نہ ہو تو تخدیر عمومی کے بعد عنق الرحم کو منبط کر کے ELECTROCAUTERY کی جائے۔

بچیوں میں سوزاکی تعدیہ کے نتیجے میں ہونیوالی پیچیدگیاں

ورم فرج و مہبل

VULVO - VAGINITIS

یہ تعدیہ پیدائش سے بلوغت کے دوران کبھی بھی ہو سکتا ہے بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ یہ مرض۔ فرج۔ مہبل اور مجری بول سے تجاوز کرے۔ یہ تعدیہ براہ راست ہوتا ہے خواہ سوزاک میں مبتلا ماں کے ذریعہ ہو یا کسی دیگر ذرائع سے۔ ایسی حالت میں بچی پیشاب کرنے کے دوران سوزش کی شکایت کرتی ہے۔ چلنے میں درد ہوتا ہے۔ رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ جس کی

وجہ سے اس کے کپڑے خراب ہوجایا کرتے ہیں مہبل سرخ اور متورم ہوتی ہے۔ التہاب INFLAMNATION بھی ہوتا ہے۔ معائنہ کے وقت کلچر کے لیے مجری بول، مقعد اور عنق الرحم سے بھی SMEAR لینا چاہیے۔

علاج

بچی کو اسپتال داخل کردیا جائے۔ اس کے کپڑے اور دیگر مستعمل اشیاء علاحدہ رکھے جائیں اور انھیں فرج کو ہاتھ نہ لگایا دیا جائے INJ. PROCAINE - PENICILLIN (3-6 LAKS UNIT) روزآنہ تین دن تک دیا جائے۔ یا PROCAINE PENICILLIN (600,000 Units) کے دو انجکشن P.A.M. (2%) کے ساتھ دو تین دن کے ناغہ سے دیا جائے۔ OXYMETHYL PENICILLIN (125mg) دن میں چار بار تین چار دن تک دینا چاہیے۔ پنسلین دینے کے بعد کسی مقامی علاج کی ضرورت باقی نہیں رہ جاتی صرف پوٹیشیم پر میگنٹ سے دھونا ضروری ہے۔

اگر مرض کی علامتیں دوبارہ ظاہر ہوں تو پنسلین پھر سے دی جائے۔ اور ساتھ ساتھ TETRACYCLIN بھی دیا جائے۔ اگر مرض بار بار ہو تو ANTIBIOTICS کے ساتھ ایسٹروجن بھی دیا جائے۔ کیونکہ ایسٹروجن بشرہ مہبل کو اسطوانیہ (COLUMNAR) سے طباقیہ (SQUAMOUS) میں تبدیل کردیتا ہے اور اس پر سوزاکی جراثیم کا اثر نہیں ہوتا۔ اس مقصد کے لیے STILBOESTROL (0.25-1.4mg) خوردنی طور پر دن میں دو یا تین بار ۱۴ دن تک دیا جائے۔ علاج روک دینے کے بعد بشرہ (EPITHELIUM) اپنی اصلی حالت پر واپس آجاتا ہے۔

رمد مولودی OPHTHALMIA NEONATORUM

آشوب چشم کی یہ صورت حاملہ میں سوزاکی تعدیہ ہونے کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں آنکھیں سرخ اور متورم ہوتی ہیں پلکوں پر بھی ورم ہوتا ہے اور قیح خارج ہوتی رہتی

ہے۔ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو قرنیہ میں زخم ہوکر آنکھ کے ضایع ہوجانے کے امکانات ہوتے ہیں۔

CRYSTALLINE PENICILLIN (10,000 Unit) سے آنکھ کو دھویا جائے تاوقتیکہ رطوبت کا اخراج بند نہ ہوجائے۔ یہ عمل ہر پانچ منٹ سے آدھے گھنٹے تک پھر آدھے آدھے گھنٹے سے تین گھنٹے تک پھر ایک ایک گھنٹے سے چھ گھنٹے تک اور آخر میں ہر دو گھنٹے سے، ۲۴ سے ۴۸ گھنٹے تک کرنا چاہیے۔

قرنیہ کو گزند پہنچنے کی صورت میں ATROPINE DROP (1%) استعمال کیا جائے۔ تاکہ PUPILS منبط رہیں۔ اس کے ساتھ ساتھ INJ. PENICILLIN بھی ہر چار گھنٹے سے ۲۴ گھنٹے تک دیا جائے۔

آتشک
SYPHILIS

یہ مرض پندرھویں صدی میں امریکہ سے دیگر ممالک میں منتقل ہوا ۱۴۹۷ میں واسکوڈی گاما کے سپاہیوں کے ذریعہ ہندوستان میں بھی یہ مرض پھیل گیا۔ انیسویں صدی تک اس مرض کے بارے میں کچھ یقین کے ساتھ کہا نہیں جاسکتا تھا۔ ۱۹۰۵ میں SCHANDINN اور HOFFMANN نے اس مرض کے جراثیم کا پتہ لگایا۔

یہ جراثیم جنھیں TREPONEMA PALLIDUM کہا جاتا ہے، (حلزون) SPIROCHAETE ہوتے ہیں۔ ان کی لمبائی ۷ سے ۱۴ مائکرون ہوتی ہے۔ یہ اسکرو کی مانند CORCK SCREW ہوتے ہیں۔ تعداد میں یہ سات سے چوبیس تک ہوتے ہیں۔ ان میں حرکت کی طرح آگے اور پیچھے کی جانب ہوتی ہے اور اسی مخصوص حرکت کی وجہ سے ان جراثیم کو شناخت کیا جاتا ہے۔ مجامعت کے ذریعہ یہ جراثیم ایک سے دوسرے میں منتقل ہوجاتے ہیں۔ اس کے علاوہ اگر منہ میں مرض کے اثرات موجود ہوں تو بوسہ لینے یا پانی پینے کے برتن کے ذریعہ یا اور دوسرے طریقوں مثلاً آلات جراحی یا دیگر ذرایع سے بھی یہ مرض دوسروں میں منتقل ہوسکتا ہے معالج جو بار بار ایسے مریضوں کا معائنہ کرتے ہوں ان کی انگلیوں میں اس مرض کا تعدیہ

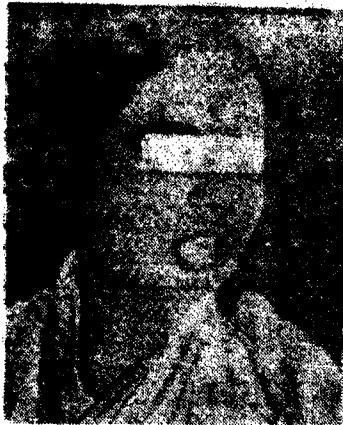
ہو سکتا ہے۔ اس مرض کی مدت حضانت دائیں سے لونے دن ہے۔

آتشک کے اثرات دو قسم کے ہوتے ہیں EARLY اور LATE

EARLY SYPHILIS کے دو درجات ہوتے ہیں۔

PRIMARY STAGE

سب سے پہلے سرخ رنگ کے چھوٹے چھوٹے PAPULE ظاہر ہوتے ہیں جو تیزی کے ساتھ زخم میں تبدیل ہو کر پھیلتے ہیں۔ یہ جلد کی سطح سے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ انتہائی سخت لیکن ان کے کنارے چکنے ہوتے ہیں LESION عام طور پر ایک ہی ہوتا ہے جو صاف ہوتا ہے اور اس میں درد نہیں ہوتا۔ جب ان کو دبایا یا نچوڑا جاتا ہے تو ان میں سے بہت معمولی سا خون اور رطوبت خارج ہوتی ہے۔ یہ زخم جنھیں قرحہ بسیط (CHANCRE) کہا جاتا ہے، شفران صغیر، شفران کبیر، قید الفرج، منفذ مجری بول کے قریب نظر یا عنق الرحم پر پائے جاتے ہیں۔

نہل میں قرحہ بسیط عام طور پر کم ہی پائے جاتے ہیں لیکن ANAL COITUS کے نتیجے میں مقعد و مبرز میں قرحہ بسیط ہو سکتے ہیں۔ عنق الرحم میں ہونے والے قرحہ بسیط کے علاوہ ہر قسم میں ان کے سطحی غدد متاثر ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں ایک یا دونوں جانب

۲۸ ہونٹ پر ہونے والے ابتدائی قرحہ بسیط

کے غدد بڑھ کر ربر کی مانند ہو جاتے ہیں۔

تشخیص

WASSERMAN REACTION (W.R.) یا
KAHN TEST' V.D.R.L. یا کسی زخم سے سیرم لے کر اس کی جانچ کے ذریعہ تشخیص کی جا سکتی ہے۔

SECONDARY STAGE :-

ابتدائی قرحہ بسیط کا اگر علاج نہ کیا جائے تو ۶ سے ۸ ہفتہ کے بعد ثانوی علامات شروع ہوتی ہیں شام کے وقت بخار رہنے لگتا ہے۔ لمبی ہڈیوں۔ عضلات خصوصاً پشت اور گردن کے عضلات میں درد ہوتا ہے۔ سر درد SORE THROAT اور انیمیا ہوتا ہے۔ جلد پر دانے نکل آتے ہیں بعض اوقات پشت اور کاسہ راس کے کناروں پر دھبے آجاتے ہیں۔ جسم کے تمام لمفاوی غدد بڑھ جاتے ہیں یہ غدد گردن کنج ران اور ابط پر نمایاں طور پر نظر آتے ہیں ان غدد میں حلزون (SPIROCHAETS) کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ اس وقت طحال بھی بڑھ جاتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات اسے محسوس بھی کیا جا سکتا ہے۔

مرض کا دوسرا درجہ ایک سے چار سال تک رہتا ہے جس کے دوران مرض کی علامتیں ظاہر ہوتی ہیں اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتیں لیکن خون کی رپورٹ مثبت (پوزیٹو) ہوتی ہے۔ یہ حالت بہت ہی خطرناک ہوتی ہے کیونکہ مرض کی علامتیں ظاہری طور پر نہ ہونے کی وجہ سے مریض اپنے آپ کو قطعی طور پر صحت مند سمجھتی ہے حالانکہ اس وقت وہ انتہائی تعدیہ زدہ INFECTIOUS ہوتی ہے۔ اور مرض پھیلا سکتی ہے۔

بثور جلدی CUTANEOUS RASHES

سب سے پہلے جو بثور ظاہر ہوتے ہیں ROSEOLA ہوتے ہیں ان کا رنگ گلابی ہونے کی وجہ سے یہ گورے جلد والی عورتوں میں آسانی سے نظر آتے ہیں۔

یہ MACULES مختلف سائز کے ہوتے ہیں۔ اور سینہ۔ پشت اور بازوں کے اوپری حصہ پر پائے جاتے ہیں۔

PAPULAR SYPHILIDE

یہ MACULAR اسٹیج میں ہی نکل آتے ہیں جسم پر ان کی تقسیم MACULAR SYPHILIDE ہی کی مانند ہوتی ہے یہ ہتھیلی۔ تلوؤں اور چہرے پر نکلتے ہیں اور سرخی مائل بھورے رنگ کے ہوتے ہیں۔ انھیں COPPERY بھی کہا جاتا ہے۔ یہ چھونے میں سخت ہوتے ہیں اور ایسا لگتا ہے کہ جیسے انھیں جلد پر نصب کر دیا گیا ہو۔

FOLLICULAR SYPHILIDE۔

یہ قسم بہت کم پائی جاتی ہے۔ ان کا سائز پن کے سر کے برابر ہوتا ہے یہ HAIR FOLLICLES پر اثر انداز ہوتے ہیں جس کے نتیجے میں کھجلی ہوتی ہے۔ یہ دانے گروپ کی شکل میں پشت، سینہ، بازوں کے بالائی حصہ اور ران پر پائے جاتے ہیں۔ ان کے نتیجے میں کاسہ راس پر ALOPECIA کی مانند دھبے آجاتے ہیں جسے MOTH EATEN کہا جاتا ہے۔

PUSTULLAR SYPHILIDE۔

ہر PAPPULE کے اوپر چھوٹے چھوٹے PUSTULE بن جاتے ہیں اگر بہت زیادہ ہوں تو یہ VARIOLA کی مانند نظر آتے ہیں۔ اور ان کے مندمل ہونے کے بعد SCAR ہمیشہ کے لیے باقی رہ جاتا ہے۔

ANNULAR SYPHILIDE

یہ PAPULES کی شکل میں ہوتے ہیں جو درمیان میں مندمل لیکن

کناروں پر پھیلتے جاتے ہیں۔ درمیانی حصہ رنگین ہوتا ہے بعض اوقات یہ PAPULE
گروپ کی شکل میں ایک حلقہ بنا لیتے ہیں اور بہت سے حلقہ دار LESION ایک ساتھ
مل کر ایک بڑا LESION بنا لیتے ہیں۔ یہ ہونٹ پیشانی۔ ناک کے گرد
منہ اور ذقن کے ارد گرد اور اکثر گردن کی جڑ پر بھی پائے جاتے ہیں اس کے علاوہ
یہ بازوؤں کے نچلے حصے۔ کولہے، پشت اور اعضاء تناسل پر بھی پائے جاتے ہیں۔

LUCODERMA COLLI

یہ جلد پر پائے جانے والے دھبے ہیں جن کی رنگت جلد کی رنگت سے ہلکی ہوتی
ہے۔ یہ گردن اور بازوؤں پر پائے جاتے ہیں۔ علاج کے باوجود بھی یہ برسوں قایم رہتے ہیں۔

ALOPECIA

یہ کاسہ راس کے جانبی اور موخر حصہ پر ہوتے ہیں اور MOTH EATEN
قسم کے ہوتے ہیں اور FOLLICULAR SYPHILIDE کے بعض ہوتے ہیں۔ بعض
LESION ابرو اور پلکوں پر بھی ہوتے ہیں

CONDYLOMATALATA

یہ فرج۔ عجان۔ بازو۔ بغل، لٹکے ہوئے پستان، انگلیوں کے درمیان، ناف کے

CONDYLOMATALATA ۲۱

اردگرد، اصول حفظان صحت پر عمل نہ کرنے والوں میں پائے جاتے ہیں یہ LESION جلد کی سطح سے قدرے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ ان کا اوپری حصہ چپٹا ہوتا ہے اور نمی پائی جاتی ہے۔ ان میں حلزون (SPIROCHAETES) جھنڈ کی شکل میں پائے جاتے ہیں۔ یہ CONDYLOMATA ACUMINATA سے مختلف ہوتے ہیں۔ جو فرج اور عجان پر پائے جاتے ہیں اور ایک FILTERABLE وائرس کے نتیجے میں ہوتے ہیں۔ یہ گردنہ گوبھی کے پھول کی مانند PEDUNCULATED ہوتے ہیں۔ ان کا رنگ سرخی مائل ہوتا ہے اور چھونے پر ان میں سے خون بہنے لگتا ہے۔

MUCOUS PATCHES

یہ PAPULAR SYPHILIDE ہوتے ہیں جو غشا ر مخاطی مثلاً ہونٹ، مسوڑھے، منہ، زبان، تالو، لوزتین اور PHARYNX کی خلفی دیوار پر پائے جاتے ہیں ان کی سطح ہلکے بھورے رنگ کی ہوتی ہے۔ ان LESIONS میں SPIROCHAETES بہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں جو باہری اعضائے تناسل کے تعدیہ کا سبب بنتے ہیں۔

علامات فارقہ

MACULAR SYPHILIDE اکثر خسرہ سے مشابہ ہوتے ہیں لیکن دونوں میں فرق یہ ہے کہ اول الذکر میں تیز بخار، رمد اور "KOPLIK'S SPOT" نہیں ہوتے۔ دواؤں کے نتیجے میں ہونے والے عموماً چمکدار سرخ ہوتے ہیں اور دوا استعمال کرنے کی ہسٹری بھی ہوتی ہے۔

PSORIASIS ' ACNE VULGARIS اور چیچک میں ان امراض کی علامتیں ہوتی ہیں۔ سب سے اہم علامت آتشک کی یہ ہے کہ ان مریضوں کے ناخن بے رونق۔ پتلے۔ آسانی سے ٹوٹنے والے اور اکثر کناروں پر اوپر کی جانب مڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

LATE SYPHILIS

آتشک کے تعدیہ کے چار سال کے بعد یہ درجہ شروع ہوتا ہے۔ یہ صورت ان ہی لوگوں میں پائی جاتی ہے جن کا یا تو کوئی علاج نہیں کیا جاتا اور اگر کیا بھی جاتا ہے تو نامکمل۔ اس درجہ میں جلد یا غشاء مخاطی پر GAMMATOUS LESION پائے جاتے ہیں GRANULOMA ہوتے ہیں اور ان میں INFILTRATION اور ورم مبطن شرائیں (ENDARTERITIS) ہوتا ہے جو خون کے دوران کو روک دیتا ہے جس کے نتیجے میں NECROSIS ہوتا ہے۔

NODULAR SYPHILIDE

یہ GUMMATA کی شکل میں ہوتے ہیں اور جلد پر کہیں بھی ہو سکتے ہیں لیکن عام طور پر کولہے، ران، بازوؤں کے بالائی حصے پشت، گردن اور بعض اوقات چہرہ پر بھی پائے جاتے ہیں۔

ان میں اندمال مرکزی حصہ میں ہوتا ہے، ان NODULES کا رنگ بھورا مائل سرخ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ GUMMATA ٹوٹ جاتے ہیں اور ان میں زخم ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں انھیں NODULO UNCERATIVE SYPHILIDE کہا جاتا ہے۔ ان کے اندمال کے بعد ایک مستقل نشان باقی رہ جاتا ہے۔

علامات فارقہ

LUPUS VULGARIS

یہ کم سن لڑکیوں میں ہوتا ہے اس کی گروتھ بہت آہستہ آہستہ ہوتی ہے۔ اور اس کے کنارے مکمل طور پر نمایاں نہیں ہوتے۔ زخم سطحی اور SCAR زیادہ نمایاں ہوتے ہیں

اس کا اثر غضروف انف پر ہوتا ہے جبکہ آتشک کا اثر ناک کی ہڈی پر ہوتا ہے۔

NODULAR LEPROSY

یہ تمام جسم پر یکساں ہوتے ہیں تراشہ میں LEPRA BACILLI کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں جبکہ NODULAR SYPHILIDE تمام پھیلے ہوئے ہوتے ہیں اور ان میں یکسانیت قطعی نہیں ہوتی۔

TUBERCULOID LEPROSY

یہ حلقہ دار LESION ہوتے ہیں جن کی گردتھ بہت آہستہ آہستہ ہوتی ہے یہ NODULAR SYPHILIDE سے مشابہ اور ان کے کنارے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں لیکن جذام میں SCARING نہیں ہوتی۔ بلکہ دھبوں میں خذر کی صورت ہوتی ہے ALOPECIA ہوتا ہے پسینہ نہیں آتا ہے۔ اعصاب بڑھ جاتے ہیں SYPHILIDE اور RINGWORM کے درمیان فرق یہ ہے کہ SYPHILIDE میں سوزش۔ خارش نہیں ہوتی۔ اور RINGWORM کی اگر سلائیڈ بنائی جائے تو اس میں FUNGUS INFECTION ملتا ہے۔

GUMMATA

یہ تعداد میں صرف ایک ہوتا ہے۔ عام طور پر بازو۔ پیر اور چہرہ پر ہوتا ہے بعض اوقات تالو، خلفی TONSILLAR FOSSAE اور FORNIX پر بھی ہوتا ہے لیکن زبان اور ہونٹ پر بہت ہی کم ہوتا ہے۔ یہ نرم ہوتا ہے اور لوٹ کر زخم بناتا ہے جس کے کنارے کٹے ہوئے دھاردار، مدور یا بیضوی ہوتے ہیں۔ اس کی سطح دھلے ہوئے چمڑے کی مانند ہوتی ہے W.R. مثبت (پوزیٹیو) تو ہوتا ہے لیکن قوی نہیں ہوتا۔

VARICOSE ULCER

یہ مرض عمر کے درمیانی حصہ میں ہوتا ہے دوالی (VARICOSE VEIN) کے

ساتھ ہوتا ہے ان میں درد ہوتا ہے۔ ان کے سرے ناہموار اور ناسور کی مانند ہوتے ہیں۔

قرح درنی

ان کے سرے ناسور کی مانند ہوتے ہیں ان میں درد ہوتا ہے اور خفیف سا سطحی
GRANULATION ہوتا ہے نسبتاً کم عمر کی عورتیں اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں۔

EPITHELIOMA

ان کے سرے نسبتاً زیادہ سخت ہوتے ہیں نئی گرودتہ اور آتشک دونوں مرض ایک ہی وقت
میں ہو سکتے ہیں یہ صورت زبان کے GUMMA میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔

آتشک موروثی CONGENITAL (HEREDITARY) SYPHILIS

جنین کو یہ مرض مشیمہ کے راستے دوران خون کے ذریعہ ہوتا ہے اس میں پرائمری
اسٹیج نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں مشیمہ کا طول و وزن بڑھ جاتا ہے اس میں مختلف قسم کے

۳۰ آتشک موروثی

دماغ LESION ہوتے ہیں لیکن ان میں سب سے اہم ورم مبطن شرائین ہے۔
اگر حاملہ آتشک میں مبتلا ہو تو یہ تعدیہ جنین میں منتقل ہو کر MISCARRIAGE
یا STILL BIRTH کا سبب بنتا ہے۔ تعدیہ جتنا ہی مزمن ہوتا ہے جنین پر
اس کے اثرات اتنے ہی کم ہوتے ہیں خلقی آتشک میں مبتلا بچوں میں بعض اوقات آتشک
کی ظاہری علامتیں پیدائش کے وقت موجود ہوتی ہیں اور بعض میں پیدائش کے بعد
ظاہر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات بلوغت تک یا اس کے بعد بھی کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی۔

EARLY CONGENITAL SYPHILIS کی علامات

HEPATOSPLENOMEGALY (عظم کبر و طحال)

یہ موروثی (خلقی) آتشک کی علامتوں میں سے ایک اہم علامت ہے حالانکہ ان
بچوں میں یرقان ظاہر نہیں ہوتا۔ پھر بھی جلد پر ہلکے ICTERIC TINGE پائے
جاتے ہیں۔ HEPATIC INSUFFICIENCY کے نتیجے میں ایڈیما بھی ہوتا ہے

SKIN LESION

ہتھیلیوں اور تلوؤں کی جلد میں DESQUAMATION اور بعض اوقات
BULLOUS ERUPTION بھی ہوتا ہے۔ مقعد اور فرج کے ارد گرد
CONDYLOMATA LATA ہوتا ہے۔ جلد پر ثانوی آتشک کی مانند ثبور آجاتے
ہیں۔ ناخن باریک اور کمزور ہوتے ہیں PARONCHIA بھی ہو سکتا ہے۔

SNUFFLES

یہ عام طور پر پائی جانے والی علامت ہے جو مرض کی پہلی علامت ہو سکتی ہے
ورم غشاء مخاطی انف سوزاکی (SYPHILITIC RHINITIS) کی وجہ سے
تنفس میں رکاوٹ کے ساتھ خون آمیز ارتشاح ہو سکتا ہے۔ طفل نوزائیدہ میں کسی بھی قسم

کی رطوبت کا اخراج جس میں علاج سے افاقہ نہ ہو رہا ہو، اس کے لیے مکمل INVESTIGATION ضروری ہے۔

ان مریضوں میں اینیمیا۔ التہاب عمومی اور MENINGO VASCULAR LESION بھی ہو سکتے ہیں۔ ورم غضروف وعظم (OSTEO CHONDRITIS) عام طور پر ہوتا ہے جسے ایکسرے کے ذریعہ بآسانی دیکھا جا سکتا ہے۔

SYPHILITIC EPIPHYSITIS ۳۱

EPIPHYSIS پر ایک خاص قسم کی تبدیلی رونما ہوتی ہے جس کی وجہ سے فطری بالیدگی میں خلل واقع ہوتا ہے۔ تالو کی DENSITY بڑھ جاتی ہے اور تکلیس کے وزن میں نظم باقی نہیں رہتا۔ لمبی ہڈیاں خاص طور پر متاثر ہوتی ہیں۔ ورم مجاورات عظمی (PERIOSTITIS) ہوتا ہے۔ انگلیوں کے ورم (DACTYLITIS) کے نتیجے میں انگلیوں کی ہڈیاں بھی متاثر ہوتی ہیں۔

EARLY CONGENITAL SYPHILIS کے اثرات

ورم غشار مخاطی الف (RHINITIS) کے نتیجے میں ناک کی ہڈی کی نمو پر اثر پڑتا ہے اور اس میں خلقی مدوضعی تشوہ (DEFORMITY) پیدا ہو جاتی ہے۔ جسے SADDLE NOSE کہا جاتا ہے۔ اسنان دائم PERMANENT TEETH) نکلنے سے پہلے ہی مرض سے متاثر ہو چکے ہوتے ہیں۔ چنانچہ مرکزی قواطع (CENTRAL INCISOR) اور بعض اوقات جانبی قواطع (LATERAL INCISOR) کے نکلنے کے وقت ENAMEL میں خرابی آجانے کی وجہ سے خلا پیدا ہو جاتا ہے۔

۳۲۔ آتشک خلقی کے نتیجے میں ہونے والا بد وضعی SADDLE NOSE

یہی وجہ ہے کہ ان مریضوں کے دانتوں کے درمیان گہری دراڑ ہوتی ہے۔ دانتوں کی جڑیں چوڑی ہوتی ہیں لیکن باہری حصے نوکیلے ہوتے ہیں۔ (MOLAR) محراب کی شکل کے ہوتے ہیں اور ان میں ENAMEL بہت ہلکا ہوتا ہے منہ اور مقعد کے اردگرد FISSURE کی مانند SCAR ہوتے ہیں جنھیں RHAGADES کہا جاتا ہے۔

LATE CONGENITAL SYPHILIS کی علامتیں

خلقی آتشک میں دو سال کی عمر کے بعد INTERSTITIAL KERATITIS ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں قرینہ بے رونق اور دھندلی ہو جاتی ہے۔ چند ہفتوں کے بعد اس میں وعائی کیفیت (VASCULARISATION) پیدا ہو جاتی ہے لیکن اس کے ختم ہونے کے بعد OPACITY کے نشان باقی رہ جاتے ہیں۔

NEURO-SYPHILIS

اس کے نتیجے میں فالج (QUADRIPLAGIA یا HEMIPLEGIA) ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ ذہنی خلل، نقص تکلم، یادداشت کا ختم ہوتا اور جذباتی عدم استحکام بھی ہوتا ہے۔

عظام ومفاصل میں ہونے والی تبدیلیاں

گھٹنوں میں HYDRARTHROSIS ہوتا ہے GUMMATA PERIOSTITIS اور OSTEITIS کے نتیجے میں TIBIA پر بھی اثر پڑتا ہے۔ ناک PHARYNX اور SOFT PALATE پر GUM-MATA ہوتے ہیں۔ اور اس کے نتیجے میں ان جگہوں پر تثقیب ہوسکتی ہے۔ کان کا اندرونی حصہ متاثر ہونے کی وجہ سے ثقل سماعت ہوتا ہے۔ اور OPTIC ATROPHY کے نتیجے میں مریض کی بینائی ختم ہوسکتی ہے۔

LATE CONGENITAL SYPHILIS کے اثرات

INTERSTITIAL KERATITIS کے اندمال کے بعد خالی عروق دمویہ مستقل SCAR کی شکل میں باقی رہ جاتی ہیں SOFT PALATE اور NASAL SEPTUM میں تثقیب ہوتی ہے OPTIC ATROPHY اور NERVE DEAFNESS ہوتی ہے۔ اور TIBIA خم دار ہوجاتی ہے جو ورم عظم (OSTEITIS) کی علامت ہوا کرتی ہے۔

تشخیص

حاد صورت میں جبکہ کبد اور طحال بڑھے ہوئے ہونے کے ساتھ ساتھ جلد میں مخصوص قسم کے بثور، WASTING اور فقرالدم (انیمیا) ہو تو تشخیص بہت آسانی سے ہوجاتی ہے۔ ایسی حالت میں خون کی رپورٹ بھی مثبت (پوزیٹیو) ہوتی ہے۔ لمبی ہڈیوں کا ایکسرے

کرنے پر اس میں آتشک کی علامات ملتی ہیں۔

علاج

اگر حاملہ میں آتشک کا تعدیہ ہو تو اس کا مکمل علاج ضروری ہے INJ. P.A.M. (600,000 unit) روزآنہ دس دن تک دینا چاہیے۔ خلقی آتشک میں اگر بچہ کی عمر ۶ مہینے سے کم ہے تو INJ. P.A.M. (300,000 unit) روزآنہ دس دن تک دیا جائے۔ زیادہ عمر کے بچوں کے لیے بالغوں ہی کی مانند انجکشن دیئے جائیں۔

ابتدائی تین مہینوں تک ہر مہینہ SEROLOGICAL TEST (K.T. or V.D.R.L) کرتے رہنا چاہیے۔ اس کے بعد ہر تیسرے مہینے تین بار یعنی ۹ مہینے تک جانچ ضروری ہے اور دوسری سال کے آخر میں آخری بار جانچ کی جائے۔ ایسی مریضہ جس کا پہلا SEROLOGICAL TEST مثبت (پوزیٹو) ہو علاج کرنے کے ۹ ویں سے ۱۶ ویں ہفتہ کے اندر منفی (نگیٹو) ہو جاتا ہے۔

اگر مریضہ پنسلین سے حساس (الرجک) ہو تو اسے TETRACYCLIN خوردنی طور پر (2 gm) روزآنہ پندرہ دن تک دینا چاہیے۔

اگر TETRACYCLIN سے RESISTANCE ہو جائے تو مندرجہ ذیل طریقہ پر علاج کریں

پہلے مصفیات اور مسکن حدت ادویات دی جائیں۔ اس مقصد کے لیے نقوع شاہترہ، یا عرق عشبہ، معجون عشبہ، لعاب بہیدانہ، شیرہ عناب، عرق مصفی دیا جا سکتا ہے۔

اس کے بعد درج ذیل منضج پلایا جائے۔

شاہترہ، چرائتہ، منڈی، پوست ہلیلہ کابلی، گل نیلوفر، بسفائج فستقی، افتیمون، بادرنجبویہ، عناب۔

مندرجہ بالا دواؤں کو شام کے وقت گرم پانی میں تر کر کے صبح کو مل چھان کر خمیرہ بنفشہ ملا کر پلائیں۔ اس کے بعد اسی نسخہ میں سنا مکی، مغز فلوس، ترنجبین، شیرہ مغز بادام شیریں اضافہ کر کے مسہل دیں۔

مسہلوں کے درمیان تبرید بھی پہنچائیں۔ اس کے بعد مطبوخ ہفت روزہ دیں۔

جو درج ذیل ہے۔

پوست درخت نیم۔ پوست کچنال۔ بیخ حنظل ۔ پھلی ببول۔ کٹائی خورد دمعہ پتوں اور جڑ کے) قند کہنہ مندرجہ بالا دواؤں کو باریک کاٹ کر پانی میں پکائیں جب ⅓ باقی رہ جائے تو اسے چھان کر محفوظ کر لیں۔ اس کی سات خوراکیں بنا کر روزآنہ ایک خوراک صبح کے وقت پلائیں۔

رقروح لین) CHANCROID

یہ مجامعت کے ذریعہ ہونے والا مرض ہے جو HAEMOPHILUS- DUCREYI کی وجہ سے ہوتا ہے۔ نچلے طبقہ کے لوگوں میں یہ مرض زیادہ ہوتا ہے۔ عورتوں کی بہ نسبت مرد اس میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں یہ مرض AUTO-INOCULABLE اور اس میں متعدد SORE پائے جاتے ہیں۔ HAEMOPHILUS DUCREYI ایک گرام پوزیٹیو STREPTO BACILLUS ہے جو چھوٹا۔ دبیز اور دونوں سروں پر گہرے رنگ کا ہوتا ہے۔ یہ جراثیم آپس میں مل کر ایک چھوٹی زنجیر سی بنا لیتے ہیں۔

عوارض وعلامات

اس مرض میں سب سے پہلے ایک VESICLE پیدا ہوتا ہے جو PUSTULE میں تبدیل ہو جاتا ہے اور ٹوٹ کر ناہموار زخم کی شکل اختیار کر لیتا ہے جس کے سرے ناسور کی مانند سطح NECROTIC اور بھورے رنگ کی ہوتی ہے۔ سختی خفیف سی ہوتی ہے۔ جس کا سبب ورمی التہاب ہوتا ہے۔ SORE کو چھونے سے بہت درد ہوتا ہے اور اس میں سے جریان دم شروع ہوتا ہے۔ یہ SORE ایک یا متعدد ہو سکتے ہیں۔ عورتوں میں یہ شفران۔ بظر۔ قید الفرج اور مقعد کے ارد گرد اور بعض اوقات عنق الرحم۔ منفذ مجری بول، اور مجری بول میں بھی ہوتے ہیں۔

علاج

SULPHONAMIDE دیے جائیں۔ اگر مریضہ چل پھر سکتی ہو اور گھر پر ہو تو

SULPHATHIAZOLE، SULPHA DIAZINE یا SULPHANILAMIDE
۲ ۳ گرام، روزآنہ متعدد خوراک میں اور اسپتال میں داخل ہونے والی مریضہ
کو ۴ گرام روزآنہ ۷ یا ۸ دن تک دیا جائے۔ نارمل سلائن سے زخم کو صاف کرنے کے
بعد SULPHA THIAZOLE یا کسی ANTISEPTIC مرہم سے ڈریسنگ کریں۔
سلفاڈرگ کے علاوہ STREPTOMYCIN، TETRACYCLIN
CHLORAMPHENICOL اور ERYTHROCIN بھی دیا جا سکتا ہے۔

تیرھواں باب

احتباس بول

RETENTION OF URINE

احتباس بول کے مندرجہ ذیل اسباب ہو سکتے ہیں

REFLEX SPASM

احتباس بول کی یہ قسم بطن یا مہبل کے آپریشن یا وضع حمل کے بعد اکثر ہو جایا کرتی ہے اور بعض اوقات اس وقت تک قائم رہتی ہے جب تک کہ مریضہ چلنے پھرنے کے لائق نہیں ہو جاتی۔ بعض اوقات کسی SENSITIVE URETHRAL CARNUCLE یا ورم بارتھولین حاد کے نتیجے میں فرج میں درد اور TENDERNESS ہونے کی وجہ سے بھی مجری بول میں انعکاسی تشنج ہوتا ہے جس کے نتیجے میں احتباس بول ہوتا ہے

۲۔ انسداد

بعض اوقات کسی تضیق۔ حصاۃ یا مجری بول کے سرطان کے نتیجے میں مجری بول یا مثانہ میں انسداد پیدا ہو جاتی ہے جس سے احتباس ہوتا ہے۔ چونکہ عورتوں میں مجری بول چھوٹا اور سیدھا ہوتا ہے اس لیے حصاۃ کے ذریعہ انسداد کے امکانات کم ہی ہوتے ہیں لیکن مجری بول کے مسخ ہونے یا ELONGATION کے نتیجے میں احتباس ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ خلفی جانب مڑا ہوا محتبس GRAVID UTERUS عنقی ہوئی FIBROMYOMA

یا کیسہ جبینی خراج عانہ یا HAEMATOCOLPOS کی حالت میں دیکھا گیا ہے۔
بعض اوقات کسی غشی ہوئی FIBROID POLYP کی وجہ سے مہبل میں بہت زیادہ نفخ ہونے کے نیتجے میں احتباس بول ہوتا ہے۔

علاج

قاثاطیر کے ذریعہ بول خارج کرکے فوری آرام پہونچایا جاسکتا ہے لیکن اس کے بعد سبب کا علاج بہت ضروری ہے۔ قاثاطیر کے ذریعہ مثانہ خالی کردینے کے بعد DISPLACEMENT کی صورت خود بخود ختم ہو جاتی ہے سلعہ دمویہ (HAEMATOCELE) اور سلعات عانی (PELVIC TUMOUR) کے لیے سرجیکل ٹریٹمینٹ ضروری ہے۔

۳۔ عصبی اسباب

TABES DORSALIS' SCLEROSIS اور حرام مغز کے LESION کی وجہ سے PARAPLAGIA ہوتا ہے جس کے نیتجے میں احتباس بول ہوسکتا ہے

INCONTINENCE OF URINE

ABSOLUTE INCONTINENCE

اس کا سبب عموماً ناسور ہی ہوتا ہے جو وضع حمل کے دوران یا بعض اوقات بطن یا مہبل کے آپریشن کے دوران مثانہ یا مجری بول کو پہنچنے والی گزند کے نیتجے میں ہوتا ہے۔ چند واقعات ایسے بھی دیکھے گئے ہیں۔ جس میں یہ صورت نشوونما کی خرابی کے نیتجے میں بھی پیدا ہوتی ہے۔
بعض اوقات عنق الرحم کے بڑھتے ہوئے سرطان کے اثرات مثانہ تک بھی پہنچتے ہیں جس کے نیتجے میں VESICO-VAGINAL FISTULA ہوتا ہے

یا بعض اوقات تدرن عنق الرحم یا مثانہ کے نیوپلیشز کے نتیجے میں بھی اس کے امکانات ہوتے ہیں. بعض عصبی امراض فائبروسس کی زیادتی TABES DORSALIS بھی اس کا سبب بنتے ہیں۔

STRESS INCONTINENCE

اسے ہوط (نتور) اعضائے تناسل کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

FALSE INCONTINENCE

ایسی حالت میں مثانہ ہمیشہ بھرا ہی رہتا ہے. جس کی وجہ سے تھوڑی دیر کے بعد پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے لیکن پیشاب کم مقدار میں خارج ہوتا ہے۔

بول فی الفراش NOCTURNAL ENURESIS

یہ صورت عموماً بچوں ہی میں پائی جاتی ہے جس کا سبب دود سلکیہ (THREA-DWORM) کے نتیجے میں ہونے والا ورم فرج ہے بعض اوقات کیفیت خلل اعصاب کی وجہ سے بھی ہوتی ہے۔

سلسل البول FREQUENCY OF MICTURATION

اس کی تشخیص کے لیے ہسٹری. فرج مہبل. عنق الرحم کا معائنہ اور پیشاب کے MID STREAM SAMPLE کی جانچ' اور بعض اوقات کلچر' CYSTOSCOPY اور UROGRAPHY بھی ضروری ہے سلسل البول کے تین اسباب ہو سکتے ہیں۔

ا۔ نسوانی حالات

شادی کے بعد ابتدائی چند دنوں تک بعض عورتوں کو مقامی سوزش و ہیجان کی وجہ سے پیشاب تکلیف کے ساتھ ہوتا ہے۔ اور بار بار ہوتا ہے ان عورتوں میں سوزش کی تعدیہ

کے امکانات کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا لیکن سن رسیدہ عورتوں میں URETHRAL CARUNCLE یا نتور، غشاء مخاطی مجری بول کے نیتجے میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

بعض اوقات انشقاق عنق الرحم کی حالت میں تعدیہ ہونے کے ساتھ ساتھ FREQUENCY بھی ہوتی ہے لیکن یہ دیکھا گیا ہے کہ عنق الرحم کے CAUTE-RIZATION یا انقطاع (AMPUTATION) کے بعد یہ تکلیف تو ختم ہو جاتی ہے لیکن عسر بول اور سلسل البول کی شکایت ختم نہیں ہوتی یہ کیفیت TRIGONE کے مزمن تعدیہ کے نیتجے میں ہوا کرتی ہے جو عنق الرحم میں ہونے والے تعدیہ کی وجہ سے ہوا کرتا ہے

عنق الرحم کے بڑھتے ہوئے سرطان کے نیتجے میں مثانہ کا مثلثی حصہ (TRIGONE) بھی متاثر ہوتا ہے جس کی وجہ سے ابتدا میں مثانہ میں سوزش و ہیجان و سلسل البول اور بعد میں ناسور کے ساتھ INCONTINENCE ہوتا ہے

فتق مثانی (CYSTOCELE) کی حالت میں سلسل البول کی شکایت صرف دن ہی میں ہوا کرتی ہے کیونکہ رات میں لیٹے رہنے کی حالت میں فتق مثانی کی حالت ختم ہو جاتی ہے۔ نتور مثانہ (PROLAPSED BLADDER) ہونے کی حالت میں پیشاب کے رک جانے کے نیتجے میں ہوتا ہے جو سوزش و عسر و بول اور سلسل البول کا سبب بنتا ہے عنق الرحم کے خلائی حصہ میں بننے والے سلعہ عضلی (MYOMA) جو مثلث مثانہ اور رحمی مثانی بار بطون کے درمیان ہوتا ہے) کے نیتجے میں بھی سلسل البول کی شکایت ہوتی ہے۔

حمل کے ابتدائی دنوں میں جب بڑھتے ہوئے رحم کا بوجھ مثلث مثانہ (TRIGONE) پر پڑتا ہے تو اس دباؤ کے نیتجے میں بھی سلسل البول ہوتا ہے۔ لیکن تین مہینے گزر جانے کے بعد جب رحم بطن کے حصہ میں پہنچ جاتا ہے تو مثلث مثانہ پر اس کا دباؤ ختم ہو جاتا ہے اسی لیے FREQUENCY کی شکایت بھی ختم ہو جاتی ہے

۲۔ عدوائے تعدیہ مجری بول URINARY TRACT INFECTION

مجری بول کا تعدیہ نسوانی امراض یا کسی آپریشن کی پیچیدگی کے نیتجے میں ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں یہ ضروری ہے کہ پہلے تعدیہ کا صحیح مقام اور سبب معلوم کیا جائے پھر اس

کے بعد مناسب علاج کیا جائے اگر صحیح علاج نہ کیا گیا تو بار بار تعدیہ ہونے کے نتیجے میں
مزمن PYELONEPHRITIS ہوتا ہے۔

مجری بول کا تعدیہ عموماً (80%) E. COLI ہی کی وجہ سے ہوتا ہے باقی
۲۰ فیصد میں دوسرے جراثیم بھی پائے جاتے ہیں۔

اسباب موثرہ

۱۔ نتو یا اعضاء تناسل۔

۲۔ URINARY FISTULA

۳۔ PELVIS MASSES

۴۔ عنق الرحم میں درد ناک مقام کا ہونا۔

۵۔ آپریشن کے بعد ہونے والی پیچیدگیاں۔

۶۔ قاثاطیر کا استعمال۔

علامات

قشعریرہ کے ساتھ بخار ہوتا ہے۔ مجری بول میں ورم ہونے کی حالت میں سوزش
بھی ہوتی ہے اور ورم مثانہ حاد کی حالت میں HYPOGASTRIUM پر
TENDERNESS کے ساتھ ساتھ بار بار پیشاب بھی ہوتا ہے۔ پشت خصوصاً کمر کے
حصہ میں درد ہوتا ہے۔

دو دستی مہبلی معائنہ اور منظاری معائنہ کے ذریعہ دیگر امراض مثلاً نتو، رحم و مہبل
تا کل عنق الرحم، قرح عنق الرحم، URETHRAL DIVERTICULUM
سرطان عنق الرحم، سلعات عانی اور MALIGNANT INFILTRATION کے
نہ ہونے کے بارے میں اطمینان کر لیا جائے۔

تعدیہ مجری بول کے لیے درج ذیل INVESTIGATIONS ضروری ہیں

۱۔ بول کے MID STREAM SAMPLE کا معائنہ۔

۲۔ DESCENDING PYELOGRAPHY

۲۔ بول کا کلچر اور SENSITIVITY TEST

علاج

مکمل آرام کے لیے ہدایت کی جائے۔ سیال بہ کثرت پلایا جائے الکلائن مکسچر جس میں پوٹیشیم یا سوڈیم سائٹریٹ، سوڈیم بائیکاربونیٹ اور TR. HYOCYAMUS شامل ہوں، پلایا جائے SULPHONAMIDES دئے جائیں GANTRISIN یا ELKOSIN یا MADRIBON شروع میں ایک گرام خوراک میں دن میں چار بار اور اس کے بعد نصف گرام کی خوراک میں چار بار دیا جائے اس کے استعمال سے متلی دقتے ہوتی ہے اور زیادہ دنوں تک استعمال کرنے سے جلد پر دانے نکل آتے ہیں بعض لوگوں میں PERIPHERAL NEURITIS بھی دیکھا گیا ہے

اگر زیادہ دنوں تک استعمال کرنے کی ضرورت ہو تو MENDELAMINE استعمال کی جاسکتی ہے۔ اسے ایک گرام کی خوراک میں دن میں چار بار دیا جاسکتا ہے اس کے علاوہ AMPICILLIN' TETRACYCLIN' PENICILLIN یا CHLORAMPHENICOL بھی دیا جاسکتا ہے لیکن ERYTHROMYCIN ہی ان سب میں بہتر ہے کیونکہ اس کا اثر تقریباً تمام قسم کے جراثیم پر ہوتا ہے

۳۔ ورم مثانہ مزمن CHRONIC CYSTITIS

یہ مرض نسوانی امراض کے ساتھ بھی ہو سکتا ہے اور اس کے بغیر بھی نسوانی امراض جو اس مرض کے ساتھ ہو سکتے ہیں درج ذیل ہیں۔

۱۔ فتق مثانی۔ (CYSTOCELE)

۲۔ سلعات عانی۔ (PELVIC TUMOUR)

۳۔ ورم عانہ مزمن (CHRONIC PELVIC INFLAMMATION)

۴۔ عنق الرحم اور جسم رحم کا بڑھتا ہوا سرطان

۵۔ بعض اوقات یہ مرض چند دیگر امراض مثلاً درن کلیہ، مثانہ میں ہونے والا PAPILLOMA یا حصاۃ (CALCULUS) کے نتیجے میں بھی ہو سکتا ہے

CHRONIC INTERSTITIAL CYSTITIS عموماً کن پاس کے بعد ہی ہوتا ہے ایسی حالت میں شدید درد کے ساتھ سلسل البول ہوتا ہے اس کی تشخیص CYSTOSCOPY کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

سیلان ابیض LEUCORRHOEA

صحت مند عورتوں کے مہبل سے روزانہ ۱ سے ۲ ملی لیٹر رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے جو نارمل ہی ہوتی ہے اور صرف مہبل ہی تک محدود رہتی ہے لیکن یہ رطوبت جب اتنی زیادہ ہو جائے کہ باہر خارج ہونے سے کپڑے پر دھبے آجائیں تو اسے لیکوریا کہا جاتا ہے یہ رطوبت بشرہ مہبل، عنق الرحم کی غشاء مخاطی اور غدہ بارتولین کے ارتشاح پر مشتمل ہوتی ہے سیلان ابیض کے اسباب اور عمر کے لحاظ سے اس مرض کو تین گروپ میں تقسیم کیا گیا ہے جسے ذیل میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا جارہا ہے۔

بلوغت سے قبل ہونے والا سیلان

بچیوں میں سیلان جسم غریب (F.B) ورم فرج و مہبل اعضاء تناسل میں ہونے والی نئی گردتھ اور بلوغت قبل از وقت (PRECOCIOUS PUBERTY) کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

بعض بچیاں (F.B) مثلاً سلیٹ کی پنسل یا سیفٹی پن مہبل میں داخل کر لیتی ہیں بعض اوقات کھیل کے دوران اتفاقیہ طور پر بھی ایسا ہو جاتا ہے لیکن یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بعض بچیاں صرف حظ حاصل کرنے کی خاطر کوئی شے مہبل میں داخل کر لیا کرتی ہیں جو کبھی کبھی اندر ہی رہ جاتی ہے۔ ایسی حالت میں یا تو بچیاں اس سے بے خبر ہوتی ہیں یا ڈر کی وجہ سے بتاتی نہیں لہٰذا ان بچیوں کا معائنہ تخدیر نومی کے بعد ہی کرنا چاہیئے۔

ان بچیوں میں خارج ہونے والی رطوبت بدبودار اور خون آمیز ہو سکتی ہے چونکہ سوزاک میں بھی ایسی ہی رطوبت خارج ہوتی ہے اس لیے مہبلی رطوبت کا معائنہ بہت ضروری ہے (F.B) کے معائنہ کے لیے بچیوں کو KNEE-CHEST POSITION ہی میں رکھنا بہتر ہے۔ اگر کوئی F.B نظر آئے تو کسی مناسب فارسپس کے ذریعہ نکال لی جائے

اور اس کے بعد چند دنوں تک کسی دافع تعفن لوشن سے کسی چھوٹی قاثاطیر کے ذریعہ مہبل کو صاف کیا جائے

ورم فرج و مہبل سوزاکی GONOCOCCAL VULVOVAGINITIS

اس سوزاک کے باب میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

ورم فرج و مہبل غیر نوعی

NON SPECIFIC VULVOVAGINITIS

معاشی اعتبار سے کمزور طبقہ اور حفظان صحت کے اصولوں پر عمل نہ کرنے والی عورتوں میں یہ مرض زیادہ ہوتا ہے اور دود سلکیہ (THREAD WORM) اسہال عدوی (INFECTED DIARRHOEA) حمی (PYREXIA) یا F.B. اس مرض کے لیے معاون ثابت ہوتے ہیں ایسی حالت میں فرج سرخ اور متورم ہوتی ہے اس میں ایڈیما بھی ہوتا ہے اور قیحی رطوبت خارج ہونے کی وجہ سے شفران ایک دوسرے سے چپکی ہوئی ہوتی ہیں۔ شفران کو علیحدہ کرنے پر مہبل سے بہت سی رطوبت یکبارگی بہہ نکلتی ہے۔

ان بچیوں کو پنسلین انجکشن یا SULPHONAMIDES خوردنی طور پر دیا جائے دافع تعفن دواؤں کے ذریعہ فرج کو صاف کیا جائے اور مہبل کو ڈیٹال سولوشن سے روزآنہ دھویا جائے۔

TRICHOMONOS VAGINALIS VAGINITIS

یہ مرض بلوغت سے قبل کم ہی ہوتا ہے۔ اسے ورم مہبل کے باب میں بیان کیا گیا ہے

نئی نمو کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

فرج اور مہبل میں ہونے والی نئی نمو میں خون آمیز رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے لیکن بچیوں میں یہ صورت بہت ہی کم دیکھی گئی ہے۔

مبیض کے GRANULOSA CELL TUMOUR میں سفید رنگ کی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے ساتھ ہی ساتھ غیر منظم طریقے پر جریان دم بھی ہوتا ہے اور بلوغت قبل از وقت (PRECOCIOUS PUBERTY) کی دوسری علامتیں بھی ہوتی ہیں۔

بلوغت کے بعد ہونے والا سیلان

بالغ عورتوں میں طمث سے قبل یا طمث کے بعد طبعی سیلان ہوتا ہے اس کے علاوہ ایک عرصہ تک پڑی رہ جانے والی F.B. سوزاک اور دوسرے غیر نوعی یا TRICHOMONAL تاکل عنق الرحم مہبل کا ENDOCERVICITIS MONILIAL تعدیہ انشقاق عنق الرحم کے ساتھ ہونے والا ECTROPION عنق الرحم کے غیر خبیثہ قروح۔ مثلاً رحم اور عنق الرحم کے درنی اور آتشکی بولیب اور MALIGNANT LESIONS بھی اس کا سبب بنتے ہیں۔

طبعی سیلان

طمث سے قبل اور طمث کے بعد تک عنق الرحم اور غشاء مبطن رحم کے ارتشاح میں اضافہ ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں رطوبت کا اخراج زیادہ ہونے لگتا ہے لیکن باقی دنوں میں یہ کیفیت نہیں پائی جاتی۔

F.B. کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

بعض عورتیں MASTERBATION کی عادی ہوتی ہیں اور اس کے لیے جو شے وہ استعمال کرتی ہیں وہ اکثر ہاتھ سے پھسل کر اندر ہی رہ جاتی ہے جیسے وہ نکال نہیں سکتیں اور شرم کی وجہ سے بتا بھی نہیں پاتیں اسی طرح اسقاط کرانے کی غرض سے بھی بہت سی چیزیں استعمال کی جاتی ہیں۔

بعض اوقات رحم کی وضع کو درست کرنے کے لیے PESSARIES استعمال کی جاتی ہیں۔ جن کے ایک عرصہ تک مہبل میں پڑے رہنے کی وجہ سے زخم یا تعدیہ ہو سکتا ہے۔ آلات مانع حمل بھی بعض اوقات قیمی ارتشاح کا سبب بنتے ہیں۔

ورم عنق الرحم سوزاکی حاد کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

اس کی تشخیص عنق الرحم سے لیے گئے SMEAR کی جانچ کے ذریعہ بآسانی کی جاسکتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تحت الحاد یا مزمن تعدیہ کی حالت میں یہ جراثیم SMEAR میں نہیں ملتے۔ ورم عنق الرحم مزمن اور تاکل عنق الرحم میں رطوبت مخاطی قیحی ہوتی ہے MONILIAL INFECTION اور TRICHOMONAL میں رطوبت مائی۔ جھاگ دار سوزش پیدا کرنے والی اور مقدار میں زیادہ ہوتی ہے معائنہ کرنے پر مہبل کی دیواریں متورم نظر آتی ہیں FORNICES اور عنق الرحم پر سرخ رنگ کے دھبے دکھائی دیتے ہیں۔ تازہ SMEAR کی جانچ کرنے سے صحیح تشخیص باآسانی ہو جاتی ہے۔

تاکل اور غیر نوعی ورم مبطن عنق الرحم میں ارتشاح مسلسل بہت ہی زیادہ اور مخاطی قیحی ہوتا ہے اور اس کا سبب سوزاکی تعدیہ یا زچگی کے دوران ہونے والا عنق الرحم کا انشقاق ہوتا ہے۔ اور دونوں کی ہسٹری بھی ملتی ہیں

مہبل اور عنق الرحم کے قروح غیر خبیثہ کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

مہبل میں پڑی رہ جانے والی پیسری یا دوسرے F.B. اور رحم کا انتور مکمل عموماً مہبل میں ہونے والے زخم کا سبب بنتے ہیں۔ درن یا عنق الرحم کے آتشکی یا دوسرے زخم آخر میں FORNICES تک پہنچ سکتے ہیں۔ زخم سے ثانوی تعدیہ کے نتیجے میں بدبودار قیحی اور خون آمیز رطوبت خارج ہوتی ہے عنق الرحم میں ہونے والی مخاطی یا لیفی عضلی بولیب MUCOUS AND FIBROMYOMATOUS POLYP کے نتیجے میں بھی قیحی رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی رہتی ہے۔ جب کسی بولیب میں زخم پیدا ہو جاتا ہے تو رطوبت خون آمیز اور بدبودار ہوتی ہے

سرطان عنق الرحم کے نتیجے میں ہونے والا سیلان

کینسر کے ابتدائی دنوں میں سیلان ایک علامت ہوا کرتی ہے لیکن گرو تھ میں زخم پیدا ہو جاتا ہے تو ثانوی تعدیہ کے نتیجے میں رطوبت بدبودار اور خون آمیز ہو جاتی ہے۔

سن یاس کے بعد ہونے والا سیلان

عنق الرحم یا جسم رحم کے سرطان، ورم ہبل شیخوخی یا ورم غشاء مبطن تقیح الرحم شیخوخی بولیپ تحت الغشاء مخاطی میں ہونے والا سلف انقلاب الرحم کے نتیجے میں ہونے والا قرح عنق الرحم اور مبیض کے GRANULOSA CELL میں ہونے والے سلعات کے نتیجے میں سن یاس کے بعد سیلان ہو سکتا ہے سن رسیدہ عورتوں میں سرطان عنق الرحم سیلان کا سبب بن سکتا ہے اس لیے سن یاس کے بعد اگر سیلان کے ساتھ جریان دم بھی ہو تو مکمل INVESTIGATION ضروری ہے

ورم ہبل شیخوخی کی تشخیص منظاری معاینہ کے ذریعہ بآسانی کی جاسکتی ہے اگر قیحی رطوبت خارج ہو رہی ہو اور تھوڑے تھوڑے وقفہ سے شدت کی صورت اختیار کر لیتی ہو تو اس سے تقیح الرحم شیخوخی کا پتہ چلتا ہے ایسی حالت میں رحم پھولا ہوا اور لچکدار ہوتا ہے اور چھوٹے سے بھی CERVICAL DILATOR استعمال کرنے سے کافی مقدار میں رطوبت باہر نکل پڑتی ہے۔ ایسی حالت میں روزانہ رحم کو صاف کر کے گلیسرین اور ACRIFLAVIN کی پچکاری کریں۔ اور پنسلین دیں۔

سن رسیدہ عورتوں کے احشاء عانہ میں خون کی رسد کم ہونے کی وجہ سے یا بعض اوقات ریڈیم یا DEEP X-RAY کی وجہ سے تحت الغشاء مخاطی فائبرومائیوما میں سلف پیدا ہو جاتا ہے۔ منظاری معائنہ کرنے پر NECROTIC POLYP بدبودار اور خون آمیز رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی دکھائی دیتی ہے PROCIDENTIA کے ساتھ ہبل یا عنق الرحم میں زخم سن رسیدہ عورتوں میں اکثر پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں رطوبت بدبودار اور خون آمیز ہوتی ہے اگر زخم مندمل ہونے کے بجائے بڑھتا ہی جائے تو مریضہ کو مکمل آرام کے لیے ہدایت کی جائے۔ ایسٹروجن دیا جائے اور GLYCERINE

ACRIFLAVIN مقامی طور پر استعمال کیا جائے سیلان کا ایک اہم سبب لوئی ورم مہبل بھی ہے جس کے دو خاص اسباب ہو سکتے ہیں
MONILIASIS اور TRICHOMONIASIS انھیں تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا چکا ہے۔

KRAUROSIS VULVA

یہ مرض ایسٹروجن کی کمی کے نتیجے میں ہوتا ہے ایسی حالت میں فرج میں ایٹرفی شروع ہو جاتی ہے یہ مرض سن یاس یا اس کے بعد ہو سکتا ہے۔ لیکن کم سن عورتوں میں مبیض کے نکال دینے ریڈیم یا DEEP X-RAY کے نتیجے میں بھی ہوتا ہے کیونکہ دونوں حالتوں میں ایسٹروجن کی کمی واقع ہوتی ہے ایسی حالت میں شفران کبیر و صغیر کے مخاطی سطحی کی بشرہ پتلی ہو جانے کے نتیجے میں انسجہ نظر آنے لگتے ہیں۔ مدور اور پلازما خلیات INFILTRATION ہونے کے نتیجے میں یہاں پر تعدیہ پیدا ہو جاتا ہے اور آخر میں متورم حصوں میں فائبروسس (لیفی ساخت بن جانے) کی وجہ سے منفذ مہبل میں تضیق پیدا ہو جاتی ہے

علامات

مرض کے ابتدائی درجہ میں سرخ رنگ کے چھوٹے چھوٹے دھبے شفران، منفذ مہبل اور بظر پر پائے جاتے ہیں۔ مباشرت کے وقت ان میں درد ہوتا ہے۔ چند دنوں کے بعد اس حصہ میں سختی آجانے کے نتیجے میں دھیرے دھیرے منفذ مہبل میں تضیق پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج

OESTROGEN (5-10 mg) بذریعہ انجکشن دیا جائے۔ اور جب عوارض پر قابو پا لیا جائے تو ایسٹروجن خوردنی طور پر دیا جائے۔

LEUCOPLAKIA VULVA

"لیوکو پلیکیا" یونانی لفظ ہے جس کے معنی "سفید پلیٹ" ہیں یہ ایک مزمن ورم ہے

جس کے ابتدائی درجہ میں اجتماع ورم ہوتا ہے اور آخر میں بشرہ میں HYPER - TROPHY کے ساتھ تحت البشرہ ساخت میں غیر طبعی سختی پیدا ہو جاتی ہے اور ایسی حالت میں سرطان کے بھی امکانات ہوتے ہیں۔

علامات

حکتہ و سوزش اور DYSPAREUNIA اس مرض کی خاص علامتیں ہیں۔ اس کے علاوہ فرج کی باہری سطح پر سفید دھبہ آجاتا ہے یا بعض اوقات دہلیز الفرج اور منفذ مجری بول کے علاوہ مکمل فرج اور عجان اور مقعد کے اطراف کی جلد پر اثر ہوتا ہے مرض کے ابتدائی درجہ میں یہ حصہ سرخ متورم اور خشک ہوتا ہے۔ بعد میں اس پر دراڑ اور زخم آجاتے ہیں جس کو چھونے پر رطوبت کے ساتھ خون بہنے لگتا ہے۔ مرض کے اس درجہ میں سرطان کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ مرض کے آخری درجہ میں شفران صغیر اور بظر جزوی یا مکمل طور پر غائب ہو جاتے ہیں اور فرج کا باقی حصہ سفید اور چکنا ہوتا ہے۔

علاج

حکتہ و سوزش کے علاج کے ساتھ ساتھ سرطان کی تشخیص بھی کی جائے۔ کیونکہ اس درجہ میں عموماً اس کے امکانات ہوتے ہیں۔

حکتہ الفرج
PRURITUS VULVA

یہ مرض مقامی اسباب، نرودس، الرجک۔ استحالی یا باطن الافراز امور کے نتیجے میں ہو سکتا ہے عموماً رات کے وقت اس کی شدت میں اضافہ ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں نیند نہیں آتی۔ بچیوں میں گندگی یا .F.B عام طور پر اس کا سبب ہوا کرتا ہے ایسی حالت میں فرج سرخ اور متورم ہو جاتی ہے۔ رطوبت بہنے کی وجہ سے وہاں پر خارش ہونے لگتی ہے بعض اوقات اس کے ساتھ ساتھ مقعد میں بھی خارش ہوتی ہے جس کا سبب کرم امعاء خصوصاً دودسلکیہ ہوا کرتے ہیں جس کی تشخیص معاینہ براز کے ذریعہ بآسانی کی جا سکتی ہے۔

بلوغت کے بعد کا سبب عموماً TRICHOMONAL VAGINITIS یا

ہی ہوتا ہے اس کے علاوہ ورم عنق الرحم مزمن یا MONILIAL INFECTION
ناکل کے نتیجے میں ہونے والی مخاطی قیحی رطوبت بھی اس کا سبب ہوا کرتی ہے بعض اوقات
غراج یا رثولین کے مکمل طور پر ٹھیک نہ ہونے کے نتیجے میں ناسور SINUS بن جاتا
ہے ایسی حالت میں قیحی کی وجہ سے بھی سوزش وخارش ہوا کرتی ہے سن یاس کے بعد ورم
مہبل شیخوخی یا ورم غشار مبطن رحم سے خارج ہونے والی رطوبت کی وجہ سے بھی یہ مرض
ہوتا ہے۔

KRAUROSIS اور LEUKOPLAKIA کے نتیجے میں بھی حکتہ الفرج ہوتا ہے
جس کا تذکرہ کیا جا چکا ہے

مقامی جلدی اسباب مثلاً PSORIASIS' LICHEN PLANUS جوئیں
اور فنگس کے تعدیہ کے نتیجے میں بھی حکتہ الفرج ہوتا ہے اس مرض میں مبتلا تمام عورتوں کے
لیے بول کا معائنہ بہت ضروری ہے کیونکہ ذیابیطس بھی اس مرض کا ایک اہم سبب ہے
غیر متوازن غذا مسلسل استعمال کرنے سے آگزیلیٹ اور یوریٹ کے ذرات میں اضافہ ہوجاتا
ہے جس کے نتیجے پیشاب کی تیزابیت بھی بڑھ جاتی ہے جو حکتہ الفرج کا سبب بنتی
ہے بعض اوقات پسینہ زیادہ نکلنے کے نتیجے میں پیشاب گاڑھا ہو جاتا ہے جو اکثر حکتہ الفرج
کا سبب بنتا ہے۔ الرجیک' باطن الافراز اور عصبی امور کے بارے میں صحیح طور پر کچھ کہنا
نہیں جا سکتا اسی لیے اسے IDIOPATHIC PRURITUS کہا جاتا ہے

علاج

IDIOPATHIC قسم کے علاوہ تمام قسم کا علاج آسان ہے لیکن بہتر یہی ہے کہ
نیند لانے والی دوائیں رات کو ضرور دی جائیں تاکہ مریضہ اچھی طرح سو سکے اس سے دو
فائدے ہیں ایک تو یہ کہ رات بھر سونے کی وجہ سے مریضہ اپنے آپ کو پہلے سے بہتر محسوس
کرتی ہے۔ دوسرے رات بھر نہ کھجانے کی وجہ سے جلد کے ورمی کیفیت میں بھی ہدھار
شروع ہو جاتا ہے۔

فرج کی تکمید کی جائے۔ مریضہ کو ہدایت کی جائے کہ غسل اور تکمید کے بعد فرج کو
اچھی طرح خشک کر لیا کرے لیکن جلد کو رگڑنے سے پرہیز کرے۔ اس کے بعد فرج پر

CALAMINE لوشن لگائے اور اسے دس پندرہ منٹ تک کھلا ہوا رہنے دیا جائے تاکہ لوشن خشک ہو جائے اس کے علاوہ PROCAINE یا SALICYLIC OINTMENT استعمال کیا جائے اور رگڑ سے بچنے کے لیے ڈھیلے کپڑے پہنائے جائیں۔

اس مرض میں درجہ ذیل لوشن بھی استعمال کیا جاسکتا ہے

TAB. ANTISTINE	5
MENTHOL	gr 3
ZINC OXIDE	dr 2
LANO LINE	dr 2
OIL OLIVAE	dr 2
LIQ. CALCIS	dr 2

یا درجہ ذیل نسخہ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے ۔

PHENOL	gr 5
GLYCERINE	dr ½
AQNA	(oz)

بعض اوقات حکتہ الفرج "وٹامن اے" اور بی" کی کمی یا انتوالرحم انیمیا کے نتیجے میں بھی ہوتی ہے اس کے علاوہ بعض عورتوں میں حدت دم بھی اس کا سبب ہوا کرتا ہے لہٰذا انیمیا ہونے کی حالت میں فولاد کے مرکبات اور قلت حیا تین کی حالت میں مناسب وٹامن دیے جائیں' IDIOPATHIC اور حدت دم کی صورت میں درج ذیل دوائیں دیں ۔

لعاب بہدانہ ۔ شیرہ عناب ۔ عرق شاہترہ میں تیار کرکے شربت نیلوفر ملا کر صبح وشام پلائیں ۔ اگر مندرجہ بالا نسخہ کے مسلسل استعمال سے سوء ہضم کی شکایت پیدا ہو جائے تو مندرجہ بالا نسخہ شیرہ بادیان ۔ عرق شاہترہ ۔ خمیرہ بنفشہ کے ہمراہ پلائیں یا یہ نسخہ دیں ۔

شاہترہ ۔ چرائتہ ۔ سرپھوکہ ۔ منڈی ۔ برادہ صندل ۔ ہلیلہ سیاہ ۔ عناب ۔ ان

دواؤں کو رات کو گرم پانی میں تر کریں صبح کو مل چھان کر شربت نیلوفر ملا کر پلائیں۔

مہندی کی پتیوں کا TEA کریں اور لعاب بہدانہ لعاب اسپغول مسلم یا تخم خطمی کے جوشاندہ سے طہارت کریں۔ مندرجہ ذیل ہریرہ پلائیں۔

مغز تخم کدو شیریں۔ مغز تخم تربوز۔ مغز بادام شیریں مقشر ان سب کو پانی میں پیس کر شیرہ گاڑھا نبات سفید اضافہ کر کے پکائیں اور ہریرہ بنا کر پلائیں۔

وجع الظہر

BACKACHE

پشت و کمر کے درد کی شکایت اکثر عورتیں کیا کرتی ہیں لیکن یہ بات دھیان میں رہنی چاہیئے کہ اس کا سبب صرف عضو تناسل ہی تک محدود نہیں ہوتا عام طور پر وجع الظہر سے مراد یہ ہے کہ فقرانی اسطوان کے کسی بھی حصّہ میں درد ہو لیکن نسائیات اور قبالیات کی اصطلاح کے لحاظ سے وجع الظہر سے مراد قطنی عجزی (LUMBO- SACRAL) حصہ کا درد ہے۔ پھر بھی جب بھی کوئی مریضہ وجع الظہر کی شکایت کرے تو معالج کا فرض ہے کہ اس کے تمام ممکنہ اسباب کو مدنظر رکھتے ہوئے تشخیص و تجویز کرے کیونکہ اس درد میں احشاء عانہ کے امراض میلان (DISPLACEMENT) عظمی اسباب کلتین اور حالبین سے متعلق اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔ یہ درد بعض اوقات صرف ایک ہی جگہ تک محدود رہتا ہے اور بعض اوقات کولھوں اور رانوں تک پھیل جاتا ہے مریض کی مکمل ہسٹری معلوم کرنے سے تشخیص میں بہت مدد ملتی ہے نسائیات کے اعتبار سے یہ درد عانہ میں ہونے والے اجتماع دم UTERAL LIGAMENT کا کھنچاؤ ورید و اعصاب پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں ہو سکتا ہے وضع حمل کے بعد کا درد SACRO ILIAC JOINTS اور عصعص (COCCYX) ہی تک محدود رہتا ہے اگر کلوی تولیخ کی ہسٹری ہو یا کوئی دوسری علامتیں موجود ہوں تو اس سے نظام بول کے متاثر ہونے کا پتہ چلتا ہے اسی طرح فقرات پر چوٹ لگنے کی ہسٹری سے عظمی حالت کا بھی اندازہ لگ جاتا ہے۔ ذیل میں ہر ایک تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا رہا ہے

نسوانی اسباب GYNAECOLOGICAL CAUSES

۱. رحم کا غیر پیچیدہ اور متحرک خلفی میلان

بعض اوقات رحم کے متحرک اور غیر پیچیدہ خلفی میلان (DISPLACE-MENT) کے ساتھ ساتھ کمر میں درد بھی ہوتا ہے جو رحم کی وضع کو درست کرنے والی پیسری کے استعمال کے بعد ختم بھی ہو جاتا ہے لیکن ایسی حالت میں درد کے صحیح سبب کا پتہ لگانا بہت ضروری ہے کیونکہ بعض عورتوں میں اس کے عظمی اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔

۲. عانی تعدیہ

اگر جوف عانہ میں کوئی تعدیہ ایک عرصہ تک قائم رہے تو اس کے نتیجے میں عانہ میں اجتماع دم ہوتا ہے جس کے ساتھ ساتھ خلفی PARIETIES سے التصاق ہونیکی وجہ سے درد ہوتا ہے ایسی حالت میں مریضہ صرف درد کی شکایت کرتی ہے حالانکہ درد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔

۳. عانہ میں ہونے والی نئی نمو

یوں تو سلعات کی وجہ سے کمر میں درد ہونے کے متعدد اسباب ہوتے ہیں لیکن ان میں ہونے والی اختناقی صورت FIBROMYOMATA ہے اس کے علاوہ یا کیسہ کے نتیجے میں اعصاب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے بھی کمر میں درد ہوتا ہے اسی طرح سلعات خبیثہ کی وجہ سے عانہ کے انسجہ اور ہڈیوں میں INFILTRA-TION ہونے کے نتیجے میں بھی کمر میں درد ہوتا ہے۔

۴. عنق الرحم میں ہونے والی غیر خبیث تبدیلیاں

بعض اوقات یہ دیکھا گیا ہے کہ تاکل یا ورم عنق الرحم مزمن کے ساتھ وجع الظہر

میں مبتلا عورتوں کا ELECTROCOAGULATION کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد یہ تکلیفیں تو ختم ہو گئیں لیکن درد کی شکایت بدستور باقی ہے

۵۔ بعض عورتوں میں طمث شروع ہونے سے دو چار دن قبل کمر میں بھی درد ہوتا ہے ایسی حالت میں صرف TRANQUILIZER اور ANALGESIC سے ہی آرام ہو جاتا ہے

۶۔ نتور (PROLAPSE) کے نتیجے میں بھی شدید درد ہو سکتا ہے۔

عظمی اسباب ORTHOPAEDIC CAUSES

۱۔ STRAIN ON LIGAMENT

بعض اوقات قطنی عجزی اور SACRO ILIAC رباط کے تناؤ کے نتیجے میں بھی درد ہوتا ہے۔ طبعی حالت میں یہ رباط عضلات کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں اور مفاصل کی وضع کو قائم رکھتے ہیں لیکن جب عضلات میں کسی سبب سے خلل پیدا ہو جاتا ہے تو اس کے نتیجے میں رباط اور JOINT CAPSULES میں تناؤ پیدا ہو جاتا ہے ایسی حالت میں درد خفیف بھی ہو سکتا ہے اور شدت کے ساتھ بھی مرض کے ابتدائی دنوں میں صبح جلدی اٹھ جانے سے عموماً درد نہیں ہوتا لیکن دن کے وقت ہو جاتا ہے جو تھکاوٹ کی حالت میں اور شدت اختیار کر لیتا ہے لیکن BACK SUPPORT کی وجہ سے آرام ملتا ہے صحیح غذا نہ ملنے اور زچگی کے بعد آرام نہ کرنے سے وجہ سے درد بڑھتا ہی جاتا ہے۔

SPONDYLOLISTHESIS

ایسی حالت میں درد بلوغت کے ابتدائی دنوں میں ہوتا ہے۔ مریضہ پشت کے زیریں حصہ میں درد کی شکایت کرتی ہے جو بعض اوقات شدت کی صورت اختیار کر لیتا ہے خصوصاً اٹھتے وقت بہت ہی زیادہ ہوتا ہے پانچویں قطنی فقرہ کے اوپر ایک دباؤ سا ہوتا ہے جو بعض اوقات بہت ہی نمایاں ہوتا ہے۔

X-RAY کے ذریعہ معائنہ کرنے پر DISPLACEMENT کا پتہ چلتا ہے
جو جانبی حصہ میں خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

SACRO-ILIAC INFLAMMATION

یہ تکلیف عموماً ایک ہی جانب ہوا کرتی ہے ایسی حالت میں شدت کے ساتھ
یکبارگی درد شروع ہوتا ہے یہ درد بتدریج ختم تو ہو جاتا ہے لیکن آخر میں مزمن درد
کی شکل میں باقی رہتا ہے درد تکان کے بعد بڑھتا ہے لیکن آرام کرنے کے بعد ختم
ہو جاتا ہے معائنہ کرنے پر SACRO ILIAC JOINT پر مرض کی علامت ملتی
ہے X-RAY عام طور پر نگیٹیو ہی ہوتا ہے یا بعض اوقات مفصل کے نزدیک صلابت
آجاتی ہے

۴۔ ورم مفاصل فقرات

یہ مرض عام طور پر سن رسیدہ عورتوں میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات ایسی حالت میں
کمر کے درد کے ساتھ ساتھ SCIATICA بھی ہوتا ہے جو آرام کرنے کے بعد زیادہ
محسوس ہوتا ہے لیکن چلنے پھرنے کے بعد کم ہو جاتا ہے ایکسرے کے ذریعہ معائنہ کرنے پر
مفاصل کے کناروں پر ہونے والے غضروف میں صلابت اور ناہمواری پائی جاتی ہے۔

۵۔ INTERVERTEBRAL DISC LESION

ایسی حالت میں فقرات کے درمیان ہونے والے DISC کے خلفی یا خلفی جانبی حصہ
میں SPINAL NERVE کے چھو جانے کے نتیجے میں وجع القطن
(LUMBAGO) یا عرق النساء (SCIATICA) ہوتا ہے لیکن ایکسرے رپوٹ
عموماً منفی نگیٹو ہی ہوتی ہے۔ عرق النساء کے ساتھ اگر DISC LESION بھی
ہوں تو علامتیں بہت نمایاں ہوتی ہیں ان عورتوں میں معائنہ کرنے پر فقرات میں ہونے
والی علامتیں مثلاً مقامی TENDERNESS عضلات میں سختی۔ اور بعض اوقات
تشوہ (DEFORMITY) مثلاً فقرات کی جانبی خمیدگی۔ SCIATICTIC

SCOLIOSIS موجود ہوتی ہیں۔ رحمی، حرکتی اور انعکاسی افعال پر بھی اثر پڑتا ہے پشت کی ریاضت اور BACK SUPPORT کے ذریعہ علاج کیا جا سکتا ہے اگر حسب معمول علاج سے افاقہ نہ ہو تو سرجیکل ٹریٹمنٹ کریں۔

کلوی اسباب RENAL CAUSES

۱۔ کلوی تعدیہ

عورتوں میں کمر کے درد کا سبب عموماً PYELITIS ہی ہوتا ہے جو حاد بھی ہو سکتا ہے اور مزمن بھی اس کے علاوہ درن کلوی کے نتیجے میں بھی کمر میں درد ہو سکتا ہے۔

۲۔ حصاۃ کلوی

گردہ میں پتھری ہونے کے نتیجے میں کمر میں درد ہو سکتا ہے لیکن جب یہ پتھری عانہ کے حلقہ میں ہوتی ہے تو حالب میں تسدید کی وجہ سے کلوی قولنج کا سبب بنتی ہے۔

۳۔ HYDRONEPHROSIS

یہ مرض حالب کے انسداد کے نتیجے میں ہوتا ہے اس کے علاوہ MOBILE KIDNEY یا سرطان عنق الرحم یا سرطان مبیض کی وجہ سے رباط عریضہ میں ہونے والے MALIGNANT INFILTRATION کے نتیجے میں حالبین متاثر ہوتے ہیں اور اس کی وجہ سے بھی کمر میں درد ہوتا ہے۔

مندرجہ بالا اسباب کے علاوہ بعض عورتوں میں حمل کے آخری مہینوں میں یا بعض اوقات وضع حمل کے بعد بھی کمر میں درد ہوا کرتا ہے جس کا سبب قلت تغذیہ کے نتیجے میں ہونے والی کمزوری ہے۔

علاج

اسباب کے اعتبار سے علاج کیا جائے۔

چودھواں باب

میلان نتو اور انقلاب الرحم

INVERSION اور PROLAPSE DISPLACEMENT

میلان الرحم

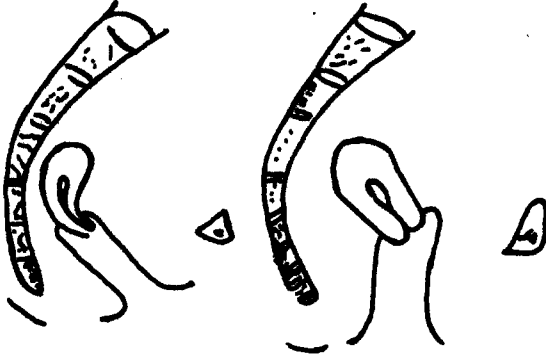
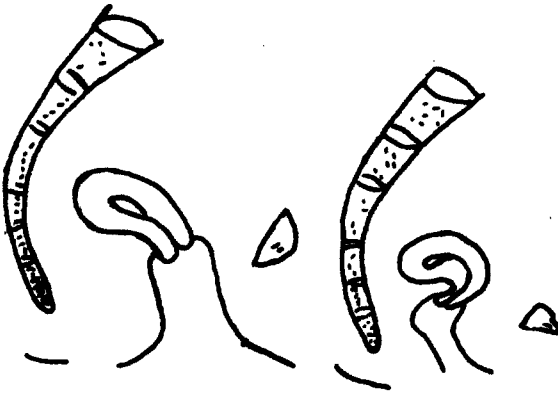
DISPLACEMENT OF UTERUS

طبعی حالت میں رحم جوف عانہ کے درمیانی حصہ میں لحام عانی اور عجز کے درمیان ہوتا ہے اور بہت سی ساختوں کے سہارے اسی وضع میں قایم رہتا ہے۔ عنق الرحم مہبل سے مل کر روز آنہ قائمہ بناتی ہے چنانچہ جب یہ زاویہ سامنے کی جانب بنتا ہے تو تحویل قدامی (ANTEVERSION) اور جب رحم کا میلان پیچھے کی جانب ہوتا ہے تو اسے تحویل خلفی (RETROVERSION) کہا جاتا ہے۔ یعنی جب عنق الرحم کی نوک پیچھے کی جانب ہوتی ہے تو ANTEVERSION اور جب سامنے کی جانب ہوتی ہے تو RETROVERSION کہا جاتا ہے۔

میلان خلفی BACKWORD DISPLACEMENT

RETRO POSITION :-

ایسی حالت میں مکمل رحم عجز کی جانب مڑا ہوا ہوتا ہے۔ یہ صورت خلقی طور پر ہوا کرتی ہے اور عام طور پر رحم کے صحیح طور پر تکمیل (ڈیولپ) نہ ہونے کی صورت میں پائی جاتی ہے۔ نوزائیدہ بچیوں میں رحم اور ANTIFLEXED اور RETROPOSED ہوتا ہے۔ یہ صورت اکثر بلوغت کے بعد بھی باقی رہتی ہے۔ ایسی حالت میں کوئی علامت عوارض نہیں ہوتے اور اس کے لیے کسی علاج کی بھی ضرورت نہیں ہوتی۔ اگر رحم کے سامنے

کے حصہ میں کوئی سلعہ ہو تو اس کے دباؤ کی وجہ سے بھی رحم پیچھے کی جانب خمیدہ ہو جاتا ہے۔

A- Retroposition B- Retroversion ۳۳

A- Retroflexion B- Acute Retroflexion ۳۴

خلفی خمیدگی اور تحویل خلفی

RETROVERSION & RETROFLEXION

رحم کے میلان خلفی کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ پہلی قسم کو MOBILE کہا جاتا ہے جسے دستکاری کے ذریعہ درست کیا جا سکتا ہے۔ دوسری قسم وہ ہے جس میں رحم کی پچھلی

سطح کسی ساخت سے چپکی ہوئی ہوتی ہے اور اسے دستکاری کے ذریعہ درست نہیں کیا جا سکتا اس قسم کو FIXED RETROVERSION کہتے ہیں۔

MOBILE RETROVERSION یا RETROFLEXION

اس کی درج ذیل چار قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ خلقی

یہ دیکھا گیا ہے کہ تقریباً ۲۰ سے ۳۰ فیصد عورتوں کا رحم RETROVERTED ہی ہوتا ہے۔ اور اس کے باوجود بھی کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی۔ صرف دو دستی معائنہ کے وقت ہی اس کا پتہ چلتا ہے۔ ایسی حالت میں عام طور پر رحم کا سائز نارمل ہی ہوتا ہے لیکن بعض اوقات UNDER DEVELOPED بھی ہوتا ہے۔

۲۔ وضع حمل کے بعد ہونیوالا MOBILE RETROVERSION

بعض اوقات یہ صورت نفاس کے دوران پیدا ہو جاتی ہے چونکہ وضع حمل کے وقت رحم کا زیریں SEGMENT پھیل کر پتلا ہو جاتا ہے اور یہ کیفیت نفاس کے ابتدائی دنوں میں بھی باقی رہتی ہے جبکہ رحم کی دیواریں دبیز ہوتی ہیں۔ لہذا اس دباؤ کی وجہ سے یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور جب رحم سکڑ کر جوفِ عانہ میں رکتا ہے تو اس کا بالائی وزن SEGMENT عجز کے خالی حصہ میں گر جاتا ہے۔ اور جب رحم RETROVERTED ہوتا ہے تو بطن کا اندرونی دباؤ رحم کی قدامی سطح پر پڑتا ہے اور رحم کو قدامی وضع میں آنے سے روکتا ہے۔

۳۔ سلعات عانی کے ساتھ ہونے والا امیلان خلفی

اگر رحم کی خلفی دیوار میں کوئی FIBROMYOMA پیدا ہو جائے تو اس کے وزن کی وجہ سے رحم پیچھے کی جانب کھنچ جاتا ہے۔ اسی طرح کوئی بھی بڑی کیسہ رحمی، رحم کو پیچھے کی جانب ڈھکیل دیتی ہے۔

۴۔ تتور اعضاء تناسل کے ساتھ ہونے والا میلان خلفی

یہ دیکھا گیا ہے کہ تتور الرحم کے ابتدائی درجہ میں رحم تیزی کے ساتھ RETROVER-TED ہوتا ہے چلا جاتا ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں رحم اور مثانہ کے درمیان ہونے والا خلا اور مثانہ پر بطن کا اندرونی دباؤ براہ راست پڑتا ہے۔

عوارض

کنواری عورتوں میں RETROVERSION خلقی ہی ہوتا ہے اور عموماً اس کی کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی۔ لیکن اگر رحم کی نشوونما صحیح طریقہ پر نہ ہو تو عسر طمث تشنجی کی شکایت ہو جاتی ہے۔ لیکن جہاں تک ممکن ہو دستکاری کے ذریعہ درست کرنے سے پرہیز کیا جائے۔

معدوم الحمل عورتوں میں DYSPAREUNIA ، عقر اور کثرت طمث کی شکایت ہوتی ہے۔ DYSPAREUNIA کی وجہ سے قضیب کا دخول صحیح طریقے پر نہیں ہو پاتا۔ جس کے نتیجے میں عقر ہوتا ہے لیکن اگر UNDER-DEVELOPED رحم میں RETROVERSION کی صورت پیدا ہو جائے تو اس سے عقر کے امکانات نہیں ہوتے۔

PAROUS عورتوں میں طمثی عوارض، ثانوی عسر طمث ثانوی عقر اور وجع الظہر کی شکایت ہوتی ہے۔ یہ عوارض نکوس خفیف کی وجہ سے اور شدت اختیار کر لیتے ہیں۔ رحم کے پیچھے کی جانب گر جانے کی وجہ سے خون کی واپسی میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے جس کے نتیجے میں عانہ میں اجتماع دم ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں کثرت طمث، تواتر طمث، عسر طمث احتقانی، وجع الظہر اور عانی عوارض ہوتے ہیں۔

علامات

عنق الرحم سامنے اور نیچے کی جانب ہوتی ہے لیکن جب رحم میں ACUTE RETROFLEXION ہوتا ہے تو یہ پشت کی جانب مڑا ہوا ہوتا ہے۔ رحم UNDER

DEVELOPED نارمل یا پھولا ہوا ہو سکتا ہے۔ یہ بات ذہن میں ہونی چاہیے کہ RETROVERTED پوزیشن میں ہونے والا رحم سائز میں بڑا محسوس ہوتا ہے لیکن ANTEVERTED پوزیشن میں سائز نارمل ہی محسوس ہوتا ہے۔
دستکاری کے ذریعہ درست کرتے وقت یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ فربہ عورتوں میں یا جن میں مجری مہبل بہت زیادہ گہری ہوتی ہے رحم کو سامنے کی جانب لانا مشکل ہوتا ہے۔ لہذا ایسی حالت میں اسے FIX یا التصاق (ADHERENT UTERU) نہ سمجھ لینا چاہیے۔ اور تخدیر عمومی کے بعد ہی اسے درست کرنا چاہیے۔

علاج

نکوص (اعوجاج) خفیف کے نتیجے میں ہونے والے RETROVERSION کی حالت میں POST-NATAL CARE کے اصولوں پر عمل کیا جائے اور نفاس کے دوران اچھی طرح نگہداشت کی جائے۔ زچہ کو ہدایت کی جائے کہ وہ مثانہ کو مقررہ وقفہ سے خالی کرتی رہے اور دن میں دو بار دس منٹ تک بستر پر پیٹ کے بل لیٹی رہا کرے۔ وضع حمل کے بعد ایک ہفتہ تک تھوڑی دیر کے لیے KNEE - CHEST پوزیشن میں بھی رہا کرے۔ معالج کو چاہیے کہ وضع حمل کے بعد دو ایک بار مہبلی معائنہ کے ذریعہ رحم کی کیفیت معلوم کرے۔ اگر رحم RETROVERTED ہو تو اسے درست کر کے کوئی مناسب پیسری داخل کر دی جائے۔ اور اسے ایسی حالت میں کئی ہفتہ تک رہنے دیا جائے۔
رحم کی وضع درست کرنے کے لیے دو قسم کی پیسری استعمال کی جاتی ہیں انھیں HODGE اور SMITHTYPE کہا جاتا ہے۔

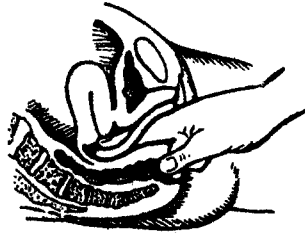
پیسری استعمال کرنے کا طریقہ

خلو مثانہ کے بعد مریضہ کو LITHOTOMY POSITION میں لٹایا جائے۔
پھر داہنے ہاتھ کی دو انگلیوں (سبابہ اور وسطی) کو POSTERIOR FORNIX میں داخل کر کے دوسرے ہاتھ کو SUPRAPUBIC REGION پر رکھا

جائے۔ پہلے داہنے ہاتھ کی انگلیوں کی مدد سے بطن کی دیوار کو نیچے کی طرف دبایا جائے۔ جب رحم مستحکم ہو جائے تو داہنے ہاتھ کی انگلیوں کو POSTERIOR FORNIX سے ANTERIOR FORNIX میں لایا جائے۔ اور انگلیوں کی مدد سے عنق الرحم کو آگے اور پیچھے کی طرف دبا کر رحم کو ANTEVERTED پوزیشن میں لایا جائے۔
بعض اوقات رحم کی وضع کو درست کرنے کے بعد فوراً ہی وہ پھر اپنی اصلی حالت پر آجاتا ہے۔ اس لیے ضروری ہے کہ دونوں ہاتھوں کو اسی وضع میں کچھ دیر تک رکھا جائے اور رحم کی مالش کی جائے تاکہ وہ اپنی جگہ پر مستحکم ہو جائے۔ اگر بطن کی دیواریں ڈھیلی ہوں تو

۳۵ RETROVERTED UTERUS کو درست کرنے کا طریقہ۔

۲۸ء

۳۶۔ پیسری کے استعمال کا طریقہ

۳۷۔ پیسری کی صحیح وضع

صرف انگلیوں کے ذریعہ پھرا کر رحم کی وضع کو درست کیا جا سکتا ہے۔ مریضہ کے فربہ ہونے کی حالت میں SIM'S POSITION یا GENU PECTORAL POSITION میں لٹا کر VAGINAL MANIPULATION کے ذریعہ رحم کی وضع درست کی جا سکتی ہے۔

اگر مندرجہ بالا طریقے پر رحم کی وضع درست نہ ہو سکے تو VULCELLUM استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ طریقہ بہت ہی زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔

پیسری کا استعمال

پیسری کی سائز کا تعین کرنے کے لیے معالج کو چاہیے کہ سبابہ کو POSTERIOR FORNIX میں داخل کر کے مہبل کی لمبائی معلوم کرے۔ اس کے بعد اس میں نصف انچ لحام عانی کی دبازت کا حصہ کم کر دے۔

پیمائش کرنے کے بعد پیسری کو داہنے ہاتھ کی سبابہ اور وسطی سے پکڑ کر اور بائیں ہاتھ کی سبابہ اور وسطی سے مہبل کی پچھلی دیوار کو دبایا جائے۔ جب نصف سے زیادہ پیسری اندر داخل ہو جائے۔ تو اسے اس طرح گھمایا جائے کہ وہ افقی پوزیشن میں ہو اور اس کا خمیدہ حصہ سامنے کی جانب ہو۔

اگر پیسری کی سائز صحیح ہو اور صحیح طریقے پر لگائی گئی ہو تو اس سے مریضہ کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ مہبل میں پیسری اس طرح رکھی جاتی ہے کہ اس کے جانبی کناروں اور مہبل کے درمیان سے انگلی گذر سکے۔ مندرجہ ذیل حالتوں میں پیسری کا استعمال مناسب نہیں ہے۔

۱۔ جبکہ نمو رطیض POUCH OF DOUGLAS میں ہو۔
۲۔ جبکہ تاکل ہو یا ENDOCERVICITIS کے ساتھ شدید قسم کا سیلان ہو۔
۳۔ جبکہ عجان بہت نرم اور ڈھیلا ہو۔

مندرجہ ذیل حالتوں میں سرجیکل ٹریٹمنٹ ضروری ہے۔

۱۔ جبکہ رحم کسی التصاق (ADHESION) کے ذریعہ FIX ہو۔
۲۔ MOBILE RETROVERSION کے لیے مندرجہ ذیل حالتوں میں سرجیکل ٹریٹمنٹ ضروری ہے۔

۱۔ DYSPAREUNIA خصوصاً جبکہ POUCH OF DOUGLAS میں نتو رلیض ہو۔

۲۔ عقم میں مبتلا ان مریضہ میں جن کے بارے میں یہ یقین ہو جائے کہ عنق الرحم کے اپنی جگہ پر نہ ہونے کے نتیجے میں حوینات منویہ مجری عنق الرحم میں داخل نہیں ہو پاتے۔

۳۔ DYSPAREUNIA کی ان مریضہ میں جن کے لیے تمام طریقہ علاج میں ناکامیابی ہوئی ہو۔

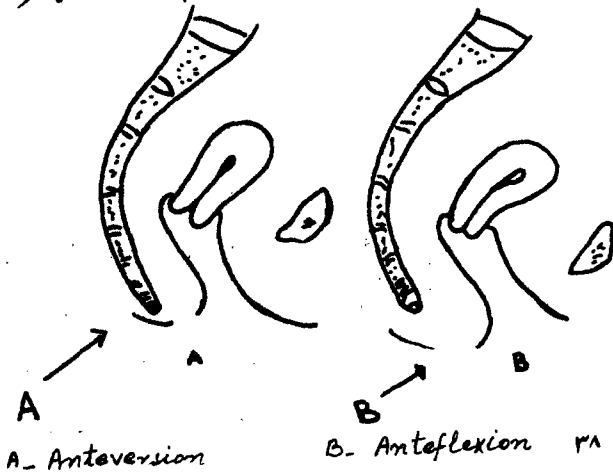
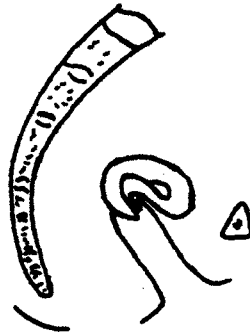
۴۔ وضع الظہر اور عانی عوارض جن میں پیسری کے استعمال کے بعد افاقہ ہوا ہو۔

میلان قدامی
FORWARD DISPLACEMENT

مثانہ کے خالی اور پُر ہونے کے نتیجے میں رحم کی اس وضع میں تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ حمل کے ابتدائی دنوں میں رحم ANTEFLEXED اور ANTEVERTED ہوتا ہے۔

قدامی خمیدگی
ANTEFLEXION

یہ صورت عام طور پر خلقی اور اعضاء تناسل کے صحیح طور پر ڈیولپ نہ ہونے کے ساتھ ہوتی ہے اور ایسی حالت میں ظاہر ہونے والے عوارض عسر طمث تشنجی، طویل وقفہ کے ساتھ ہونے والا قلت طمث اور ابتدائی عقر ہیں۔ اس وضع میں عنق الرحم سامنے کی جانب مڑ جاتی ہے۔

A_ Anteversion B_ Anteflexion ۳۸

Acute Anteflexion ۳۹

اور اس کی شکل مخروطی ہوتی ہے۔ فم مہبلی مکمل طور پر بند ہوتا ہے۔ مہبل کی لمبائی کم ہوتی ہے اور FORNICES سطحی ہوتے ہیں ACQUIRED ANTEFLEXION بہت ہی کم ہوتا ہے۔ بعض اوقات رحم کی پچھلی سطح پر کسی بڑی ٹیومر کے دباؤ کے نتیجے میں ہو سکتا ہے ایسی حالت میں رحم سامنے کی جانب مڑ کر لحام عانی کے سامنے آجاتی ہے۔

آپریشن کے بعد ہونے والا ACUTE ANTEFLEXION

بعض اوقات UTEROSACRAL LIGAMENT کے چھوٹے ہونے یا CERVICOPEXY کے نتیجے میں بھی یہ مرض ہوتا ہے۔

ANTEPOSITION

جب POUCH OF DOUGLOS میں خون یا قیح اکٹھا ہو جاتی ہے یا جوف عانہ میں کوئی نئی گروتھ مثلاً سلعہ لیفی (FIBROMYOMA). اور کیسہ بیضی کا دباؤ POUCH OF DOUGLOS پر پڑتا ہے تو رحم، عنق الرحم کے ساتھ سامنے کی جانب جھک آتا ہے مہبلی معائنہ کرنے پر عنق الرحم بہت ہی دقت کے ساتھ لحام عانی کے پیچھے محسوس ہوتی ہے اور جسم رحم ورم کے اوپری حصہ پر ٹکا ہوا ہوتا ہے۔

میلان جانبی LATERAL DISPLACEMENT

رحم کی جانبی خمیدگی اور تحویل جانبی

LATERAL VERSION اور LATERAL FLEXION

طبعی حالت میں بھی رحم اکثر تھوڑا LATERAL VERSION میں ہوتا ہے۔ اور یہ صورت بائیں جانب کی بہ نسبت داہنی جانب اس لیے زیادہ ہوتی ہے کہ بائیں جانب قولون اور مقعد کے ہونے کی وجہ سے اسے جگہ کم مل پاتی ہے۔ رحم کے LATE-RAL FLEXION میں غیر باردار ہونے کی حالت میں عموماً کوئی علامت ظاہر نہیں ہوتی۔ لیکن حمل کے ابتدائی مہینوں میں بطن کے زیریں حصہ میں درد ہوتا ہے جس سے اکثر حمل منتبذ، TWISTED OVARIAN CYST یا APPENDICITIS کا شک ہوتا ہے۔ اس کے محبوس ہونے کی حالت میں اسقاط ہو جاتا ہے۔

LATEROPOSITION ۔

رحم کی معمولی جانبی خمیدگی طبعی ہی ہوتی ہے۔ بعض اوقات UNILATERAL PARAMETRITIS جس کے ساتھ ساتھ رباط عریض میں بڑھتی ہوئی فائبروسس بھی ہو، رحم کو اپنی جانب کھینچ لیتا ہے۔ اسی طرح رباط عریض میں کسی MASS کے ہونے کی وجہ سے رحم مخالف جانب کھینچ جاتا ہے۔ رباط عریض کے وہ امراض جن میں رحم مخالف جانب مڑ جاتا ہے سلعہ دمویہ (HAEMATOMA) کیسہ (CYST) اور سلعہ لیفی (FIBROMYOMA) ہیں۔

ELEVATION OF UTERUS

رحم عانہ کی سطح سے اوپر HAEMATOCOLPOS ´CERVICAL FIBROID

اور وہ مرضی صورتیں جو ANTEPOSITION میں درج کی گئی ہیں ان کے نتیجے میں بھی رحم عانہ سے اوپر اٹھ آتا ہے۔

نتوء اعضاء تناسل

GENITAL PROLAPSE

یہ مرض کسی بھی عمر میں ہو سکتا ہے۔ لیکن عام طور پر سن یاس یا اس کے بعد اور PAROUS عورتوں ہی میں عموماً یہ مرض زیادہ ہوتا ہے۔ حالانکہ -NUL LIPAROUS- اور کنواری عورتیں بھی اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں۔ کمسنی میں شادی اور بار بار اسقاط ہونے کی وجہ سے نوجوان عورتیں بھی اس مرض میں مبتلا ہو سکتی ہیں۔ محنت و مشقت کا کام کرنے والی عورتوں کو یہ مرض زیادہ ہوتا ہے

PHYSIOLOGY OF PELVIC FLOOR

رحم اور دیگر احشاء تناسل کی وضع کا انحصار بہت کچھ LEVATOR ANI MUSCLE کے افعال اور سالمیت پر ہے۔ کیونکہ بطن کے اندرونی دباؤ کے کنٹرول کا انحصار دایافرغاعانی (PELVIC DIAPHRAGM) بطن کے عضلات دایافرغما صدری (THORACIC DIAPHRAGM) پر ہوتا ہے۔ جب بطن کا اندرونی دباؤ بڑھتا ہے تو LEVATOR ANI بہت تیزی کے ساتھ سکڑتا ہے۔ اور رحم کو نیچے اترنے سے روکنے کے لیے درج ذیل تبدیلیاں وجود میں آتی ہیں۔

۱۔ خلفی وضع میں LEVATOR (STRONG POSTERIOR SEGMENT) PLATE جس کے اوپر رحم اور مہبل عموماً ٹھہرے ہوئے ہوتے ہیں تھوڑا اوپر چڑھ کر چوڑا ہوتا ہے تاکہ عنق الرحم کو نیچے اترنے سے روک سکے۔

۲۔ قدامی وضع میں PUBORECTAL MUSCLE کے ذریعہ بننے والا LATERAL CRURA تناسلی HIATUS کے عرضی قطر میں تضیق پیدا کر دیتا ہے۔

۳۔ HIATUS کا قدامی خلفی قطر PUBORECTALIS MUSCLE

کے پچھلے کناروں کے اوپر اٹھ جانے کے نتیجے میں چھوٹا ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے مقعد کے گرد ایک SLING بن جاتی ہے۔ NULLIPAROUS میں دایا فرغا عانی محفوظ رہنے کی وجہ سے LEVATOR ANI MUSCLE کے مختلف حصوں میں انقباض پیدا ہوتا ہے۔ جو اشار عانہ کو اچھی طرح سہارا دیتا ہے یہی وجہ ہے کہ NULLIPAROUS میں تو، اسی وقت ہوتا ہے جب ان کے عانی دایا فرغا خلقی طور پر کمزور ہوں PAROUS عورتوں میں PUBORECTALIS وضع حمل کے وقت پھیلتا ہے۔ اسی لیے ان میں GENITAL MUSCLE معدوم الحمل عورتوں کی مانند نہیں ہوتا۔ یہی وجہ ہے کہ جب تک جنسی اعضار HIATUS کے تشریحی SUPPORT میں کمزوری نہ آجائے تو رواقع نہیں ہوتا۔ کمزور فرش عانہ بطن کے اندرونی دباؤ کو برداشت نہیں کر پاتا۔ جس کے نتیجے میں رحم اور مہبل کی دیواریں نیچے اترنے لگتی ہیں۔ تشریحی SUPPORT میں یہ کمزوری عموماً وضع حمل کے بعد ہی ہوا کرتی ہے لیکن اس کے علاوہ بھی بعض عناصر اہم رول انجام دیتے ہیں۔

وضع حمل کے نتیجے میں فرش عانہ کا کمزور ہونا۔

وضع حمل کے دوران PUBORECTALIS MUSCLE بہت زیادہ پھیلتا ہے یہاں تک کہ بعض اوقات پھٹ بھی جاتا ہے وضع حمل خواہ کتنا ہی سہل اور نارمل کیوں نہ ہو SUPERFICIAL اور PUBORECTAL PERINEAL عضلات بہت زیادہ پھیلتے ہی ہیں۔ یہ کیفیت NULLIPAROUS کی بہ نسبت MULTIPAROUS میں عموماً زیادہ ہوتی ہے اور بہت زیادہ پھیلنے کی وجہ سے کثیر الحمل عورتوں میں خفیف سا فتق مثانی (CYSTOCELE) بھی ہوتا ہے۔

فتق مثانی
CYSTOCELE

PUBORECTALIS کے بار بار پھیلنے کی وجہ سے کچھ ریشے اپنے انسلاک

سے علاحدہ ہو جاتے ہیں ان دونوں کے افعال کا مجموعی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اعضائے تناسل کا فتق مستقل طور پر بڑھتا ہی جاتا ہے۔

فتق مستقیم RECTOCELE

PUBORECTALIS MUSCLE عجان کے نامکمل انشقاق کے نتیجے میں بھی کو نقصان پہنچتا ہے۔ اور مرکزی عجانی اوتار جس سے عمیق عرضی عجانی اوتار منسلک ہوتے ہیں، دوسری ساخت کے ساتھ ساتھ EXTERNAL ANAL SPHINCTER MUSCLE بھی شق ہو جاتے ہیں۔ اور اس مقام پر گزند کی وجہ سے GENITAL HIATUS کے پچھلے کناروں کا تعاون (حیورٹ) بھی ختم ہو جاتا ہے۔ جس کے نتیجے میں مہبل کی خلفی دیوار اس جگہ پر ابھر آتی ہے۔

رحم کے نتوء میں چار امور کام کرتے ہیں۔

۱۔ بطن کا اندرونی دباؤ۔

۲۔ فرش عانہ کا ترکیبی ضعف۔

۳۔ گزند ولادتی

۴۔ رحمی محور کا رخ

ترکیبی (CONSTITUTIONAL) امور

کنواری اور NULLIPAROUS عورتوں میں نتوء عموماً فرش عانہ کی خلقی کمزوری کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اور ان کا رحمی عجزی رباط اتنا پتلا ہوتا ہے کہ رحم کا محور بہت آسانی کے ساتھ آگے کی جانب ہٹ جاتا ہے۔

سن یاس میں نتوء کا سبب فرش عانہ کا ضعف ہے۔ حالانکہ ان میں سے اکثر عورتوں میں وضع حمل کے دوران گزند کی ہسٹری ہوتی ہے۔ لیکن اس کے باوجود بھی نتوء اس وقت تک نہیں ہوتا جب تک کہ سن یاس میں ایٹرو فی کے نتیجے میں ہونے والی تبدیلیوں کی وجہ سے فرش عانہ کمزور نہ ہو جائے۔

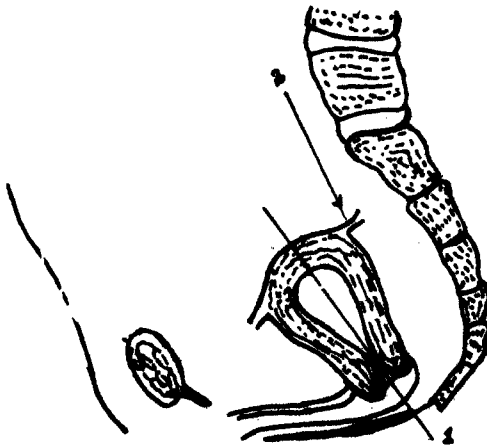
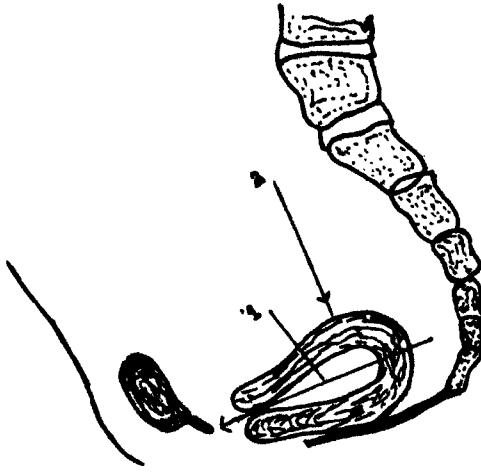
گزند ولادتی

مختلف قسم کی تشریح نقائص جو وضع حمل کے بعد وجود میں آتے ہیں ان کا تذکرہ کیا جا چکا ہے۔

رحمی محور کا رخ

DIRECTION OF UTERINE AXIS

جب رحم ANTEVERTED ہوتا ہے تو رحمی محور STRONG LEVATOR PLATE پہ نیچے اور پشت کی جانب مڑ جاتی ہے بطن کا اندرونی دباؤ رحم کی پچھلی دیواروں پر پڑتا ہے جو محور کو اور بھی نیچے ڈھکیل دیتا ہے۔

جب رحم RETROVETED ہوتا ہے تو محور سامنے کی جانب مڑ جاتا ہے اور ایسی حالت میں بطن کا اندرونی دباؤ رحم کے قدامی دیوار پر پڑتا ہے جس سے اس میں اور بھی خمیدگی آجاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں رحمی محور سامنے کی جانب مڑ کر عنق الرحم کے سامنے آجاتا ہے اور اس کی وجہ سے رحم کے نیچے اترنے میں مدد ملتی ہے۔

UTERINE AXIS ۴۰

UTERINE AXIS ۱۴

Retroverte Uterus ہونے کی حالت میں

نتور الرحم کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ اول یہ کہ مہبل کے الٹنے کے بعد پہلے عنق الرحم میں حرکت پیدا ہو جس کے ساتھ ساتھ رحم بھی باہر آ جائے۔ دوسری قسم میں مہبل کی قدامی دیوار پہلے الٹتی ہے جس کے ساتھ ساتھ عنق الرحم اور رحم بھی باہر آ جاتا ہے۔

NULLIPAROUS میں ہونے والا نتور

ان عورتوں میں فرش عانہ کی خلقی کمزوری کے ساتھ ساتھ اعصابی کمزوری اس کے اسباب موثرہ میں سے ہے۔ رحمی عجزی رباط کے پتلا ہونے کے نتیجے میں POUCH OF DOUGLAS اور PARARECTAL FOSSAE نہیں بن پاتے۔ جس کی وجہ سے فرش عانہ ایک چوڑی سطح کی شکل میں ہوتی ہے۔ NULLIPAROUS عورتوں میں نتور جزوی بھی ہو سکتا ہے اور مکمل بھی۔ یہ کیفیت پیدائش کے وقت بھی موجود ہو سکتی ہے اور عمر کے کسی بھی حصہ میں ہو سکتی ہے۔

علامات

بطن میں کھنچاؤ کے ساتھ درد ہوتا ہے اور ایسا محسوس ہوتا ہے جیسے کوئی شے نیچے

اتر رہی ہے۔ یہ دونوں عوارض اٹھتے بیٹھتے اور نتور کی ہر قسم میں موجود ہوتے ہیں۔ پشت خصوصاً عجزی حصہ میں درد ہوتا ہے۔ قرح یا ورم مہبل کے نتیجے میں مہبل سے رطوبت شدت کے ساتھ خارج ہوتی ہے۔ پیشاب کرنے میں تکلیف ہوتی ہے کیونکہ مثانہ مجری بول کی سطح سے نیچے چلا جاتا ہے۔ بعض عورتیں بتاتی ہیں کہ پیشاب کے اخراج کے لیے انھیں مہبل میں انگلی ڈال کر مہبل کی قدامی دیوار کو اوپر اٹھانا پڑتا ہے۔ مثانہ پوری طرح خالی نہ ہونے کی وجہ سے بار بار پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے۔ بعض اوقات سلسل البول کی شکایت مثانہ میں اکٹھا رہنے والے پیشاب کے نتیجے میں پیدا ہونے والے ورم مثانہ (CYSTITIS) کی وجہ سے بھی ہوسکتی ہے۔ بعض اوقات کھانسنے یا چھینکنے کے وقت غیر ارادی طور پر پیشاب نکل جاتا ہے۔ اسے STRESS INCONTINENCE کہتے ہیں۔ عجان کے مکمل انشقاق میں براز کا غیر ارادی طور پر نکل جانا (INCONTINENCE OF FAECES) بہت اذیت دہ علامت ہوتی ہے۔ اور فتق مستقیم صادق (TRUE RECTOCELE) کی حالت میں اخراج براز کے وقت بہت تکلیف ہوتی ہے۔ اور اس کے لیے مریضہ کو مہبل کی خلفی دیوار کو دبانا پڑتا ہے۔

تشخیص

نتور کی قسم اور اس کی کیفیت کا اندازہ صرف DORSAL POSITION ہی میں لگایا جا سکتا ہے کیونکہ ایسی حالت میں فرش عانہ پھیل جاتا ہے۔ اور منفذ میں خلا کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ جس سے بعض اوقات نتور خود بخود نظر آجاتا ہے LEVATOR ANI MUSCLE کو انگلیوں کی مدد سے محسوس کیا جا سکتا ہے۔ جب عضلہ میں انشقاق یا پھیلاؤ ہوتا ہے یا اپڑدگی کی کیفیت ہوتی ہے تو مشکل ہی سے کوئی نسیج انگلیوں کے درمیان محسوس کی جا سکتی ہے۔ عجان کے انشقاق کی صورت میں فید الفرج اور ANAL SPHINCTER کے درمیان کا فاصلہ کم ہو جاتا ہے۔ جب یہ انشقاق ANAL SPHINCTER تک پہنچ جاتا ہے تو مہبل کی خلفی دیوار اور مقعد کی قدامی دیوار ایک دوسرے کے مقابل نہیں ہوتی۔

فتق مثانی اور فتق مبالی۔

URETHROCELE & CYSTOCELE

عجان کے ڈھیلے ہونے کی حالت میں یا اس کے شق ہو جانے کی صورت میں مہبل کی قدامی دیوار کا نتوء بخوبی نظر آتا ہے SIM'S SPECULUM داخل کر کے کھانسنے یا طاقت لگانے کے وقت نتوء کی کیفیت کا اندازہ لگایا جا سکتا ہے۔

جب مہبل کی قدامی دیوار رحم کے شامل ہوئے بغیر نیچے اترتی ہے تو اسے PRIMARY RECTOCELE کہا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں بولی عوارض تو ہوتے ہیں لیکن کھنچاؤ کے ساتھ درد اور پشت میں درد نہیں ہوتا۔ جب رحم کے نیچے اترنے کی صورت میں مہبل کی قدامی دیوار اندر سے باہر کی جانب الٹتی ہے تو SECONDARY CYSTOCELE بنتا ہے۔

فتق مستقیم

RECTOCELE

جب مقعد کی قدامی دیوار مہبل کی خلفی دیوار میں ابھر آتی ہے تو اسے فتق مستقیم کہتے ہیں۔ اس کی تشخیص کا طریقہ یہ ہے کہ مریضہ کی مقعد میں انگلی داخل کرنے کے بعد اس سے کھانسنے کے لیے کہا جائے۔ اگر فتق مستقیم ہے تو انگلی POUCH میں داخل ہو جائے گی۔ اور اگر کھانسنے کے بعد مقعد کی دیوار میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی تو یہ اس بات کا ثبوت ہے کہ صرف مہبل کے خلفی دیوار ہی میں نتوء واقع ہوا ہے۔

ELONGATION OF CERVIX

جب عنق الرحم کا مہبلی یا مہبل سے اوپری حصہ کھنچتا ہے تو یہ حصہ یا تو فرج پر ہوتا ہے یا اکثر باہر نکلا ہوا نظر آتا ہے۔ یہ صورت بغیر تناؤ یا تکان کے ہوتی ہے۔ عنق الرحم میں HYPERTROPHY کے ساتھ ساتھ ELONGATION بھی ہو سکتی ہے۔ یا وہ شق بھی ہو سکتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لیے کہ صرف ELONGATION ہی ہے یا اس کے ساتھ ساتھ نتوء رحم یا نتوء مہبل بھی ہے، مریضہ کو کھانسنے یا طاقت لگانے کے لیے

Elongated Cervix ۴۲

کہا جائے اور اس عمل سے عنق الرحم مزید آگے نہیں بڑھتا تو یہ صورت صرف ELONGATION ہی میں ہوتی ہے۔ لیکن اگر نتوء رحم ہے تو عنق الرحم مزید باہر نکل آئے گا۔ اور فتق مثانی نظر آئے گا۔

نتوء الرحم

PROLAPSE OF UTERUS

کھانسنے یا طاقت لگانے کے وقت مہبل کی دیوار اور عنق الرحم کے نیچے اترنے کی حالت میں یہ صورت بآسانی نظر آتی ہے۔ جب رحم مہبل میں مختصر سا نیچے اترتا ہے تو اسے IST DEGREE OF UTERINE PROLAPSE کہا جاتا ہے۔ اور جب یہ فرج تک آجاتا ہے تو اسے SECOND DEGREE کہا جاتا ہے۔ اور جب رحم کا کچھ حصہ فرج کے باہر نکل آتا ہے تو اسے THIRD DEGREE OF UTERINE PROLAPSE کہا جاتا ہے۔ رحم کے نیچے اتر آنے کی صورت میں مہبل کی قدامی دیوار بھی نیچے آجاتی ہے جس سے فتق مثانی بنتا ہے۔ ایسی حالت میں خلفی دیوار اپنے زیریں نصف حصہ پر ابھر آتی ہے اور اس کے پھیلاؤ کا دارومدار فرش کی نرمی پر ہوتا ہے۔ جب مہبل کی دیواریں مکمل طور پر منقلب ہو کر عنق الرحم اور جسم رحم کے ساتھ ساتھ فرج کے باہر آجاتی ہیں تو ایسی حالت کو نتوء مکمل PROCIDENTIA کہا جاتا ہے۔ PROCIDENTIA کی اصلاح کے بعد دو دستی معائنہ بہت ضروری ہے۔ تاکہ رحم کا

PROCIDENTIA ۴۳۔ کیسر رحمی کے ساتھ ہونے والا

۴۴

Combined Genital and Rectal Prolapse

سائز اضلاع یسلعہ وغیرہ کے بارے میں معلوم ہو سکے۔

فتق امعاء ENTEROCELE

مہبل کے خلفی FORNIX میں POUCH OF DOUGLAS کی بار یطون کے فتق کو ENTEROCELE کہا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں منظاری معائنہ کے دوران کھانسنے یا طاقت لگانے سے خلفی FORNIX ابھرا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ اگر اس میں چھوٹی آنت کا پھندا بھی موجود ہو تو فتق کو درست کرتے وقت 'GURGLING SOUND' سنائی دیتی ہے۔

علامات فارقہ

تو اور مندرجہ ذیل امراض کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

مہبل کی قدامی دیوار میں ہونے والی کیسہ

اسے اکثر فتق مثانی سمجھ لیا جاتا ہے۔ لیکن دونوں میں فرق یہ ہے کہ کیسہ مہبلی قدامی اور جانبی وضع میں ہوتی ہے اور رحم کی دیوار اکثر و بیشتر اتنی پتلی ہو جاتی ہے کہ اس سے کیسہ کی دیوار نظر آنے لگتی ہے۔ اس کے علاوہ مہبلی معائنہ کرنے پر اسے بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اور ایسی حالت میں کھانسنے یا طاقت لگانے کے وقت رحم کی قدامی دیوار نیچے نہیں اترتی۔ فتق مثانی کی حالت میں اگر BLADDER SOUND داخل کیا جائے تو اس کا اوپری کنارہ رحم کی قدامی دیوار کے نیچے ہی محسوس کیا جا سکتا ہے لیکن کیسہ ہونے کی حالت میں SOUND کا کنارہ اس سے دور ہی محسوس ہوتا ہے۔

مہبل کی خلفی دیوار میں ہونے والی کیسہ

یہ صورت مندرجہ بالا کی بہ نسبت بہت ہی کم ہوتی ہے۔ تفریقی علامات مندرجہ بالا ہی کے مانند ہوتے ہیں۔

انقلاب الرحم مزمن

رحم کے نتوء بکمل پر بعض اوقات معائنہ کے وقت رحم کے انقلاب مزمن کا شک ہوتا ہے۔
دونوں کی تفریقی علامات انقلاب الرحم کے باب میں بیان کی گئی ہیں۔

عنق الرحم کے قدامی لب کا ELONGATION

بعض اوقات عنق الرحم کے قدامی لب کا ELONGATION اور HYPERTROPHY اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ معائنہ کے وقت اس پر نتوء کا شک ہوتا ہے لیکن احتیاط کے ساتھ دو دستی اور مہبلی معائنہ کرنے پر تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں خلفی لب کی وضع نارمل ہی ہوتی ہے۔

مہبل میں ہونے والی لیفی بواسیر

FIBROID POLYP

منظاری معائنہ کرنے پر دونوں کے درمیان بآسانی تفریق کی جا سکتی ہے۔ کیونکہ پولیپ پر کھانسنے یا طاقت لگانے کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ اور عنق الرحم کے منبط کنارے کو نارمل پوزیشن میں دیکھا یا محسوس کیا جا سکتا ہے۔

علاج

چونکہ اس کے اسباب میں سے گزند ولادتی سب سے اہم ہے۔ اس لیے یہ بہت ضروری ہے کہ وضع حمل کے دوران احشار کو بہت زیادہ پھیلنے سے بچایا جائے۔ وضع حمل کے بعد ابتدائی چند ہفتوں تک احتیاط کی جائے۔ نفاس کے دوران مناسب ریاضت کرائی جائے۔ اور اگر RETROVERSION ہو تو پیسری استعمال کی جائے۔

وضع حمل کے دوران اگر EPISIOTOMY ضروری ہو تو اسے مناسب وقت پر کیا جائے۔ اور بہت ہی احتیاط کے ساتھ خیاطت کی جائے۔ اسی طرح اعضاء تناسل کے انشقاق کی بھی بہت ہی احتیاط کے ساتھ خیاطت کی جانی چاہیے۔

دراصل آپریشن ہی اس کا واحد علاج ہے۔ لیکن مندرجہ ذیل صورتوں میں پیسری بھی استعمال کی جا سکتی ہے۔

۱۔ اگر حمل کے ساتھ ساتھ نتور بھی ہے تو ایسی حالت میں حمل کے ابتدائی چار مہینے تک پیسری استعمال کی جائے تاکہ رحم جوف بطن میں پوری طرح اُٹھ جائے اور نتور کی صورت ختم ہو جائے۔

۲۔ بعض اوقات مریضہ آپریشن کے لیے تیار نہیں ہوتی، ایسی حالت میں سوائے پیسری استعمال کرنے کے کوئی دوسرا راستہ نہیں ہوتا۔ لیکن یہ دیکھا گیا ہے کہ یہ عورتیں اتنا پریشان ہو جاتی ہیں کہ آخر میں آپریشن کے لیے تیار ہو ہی جاتی ہیں۔

اگر معمولی قسم کا نتور ہو اور عجان کا انشقاق بہت زیادہ نہ ہو تو VULCANITE HODGE PESSARY استعمال کی جائے۔ دیگر حالتوں میں WATCH SPRING RUBBER PESSARY استعمال کی جائے۔ لیکن RING PESSARY کے بارے میں یہ دھیان رکھا جائے کہ وہ نہ تو بہت بڑی اور سخت ہوں اور نہ بہت ہی چھوٹی اور نرم۔ کیونکہ بڑی ہونے کی صورت میں زخم اور چھوٹی ہونے کی حالت میں پھسل کر ہٹ جانے کے امکانات ہوتے ہیں۔ RING PESSARY کو صاف کرنا مشکل ہوتا ہے اور ربر کی وجہ سے اس میں بدبو بھی بہت جلد آنے لگتی ہے۔

STRESS INCONTINENCE

بعض افعال جن کے نتیجے میں بطن کا اندرونی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ (مثلاً کھانسنا۔ ہنسنا یا چھینکنا) ان کے ذریعہ بول کے غیر ارادی طور پر نکل جانے کو STRESS INCONTENENCE کہا جاتا ہے۔ یہ کیفیت بار بار اور یکبارگی اور مثانہ پر بطن کا اندرونی دباؤ بڑھنے کے نتیجے میں ہوتی ہے۔

اس کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ POSTPARTUM

۲۔ POST OPERATIVE

۳۔ CONGENITAL

۱۔ وضع حمل کے بعد ہونیوالا STRESS INCONTINENCE

یہ حقیقت ہے کہ قبالتی گزند اس مرض کا ایک اہم سبب ہوا کرتا ہے لیکن اس کے علاوہ فتق مثانی میں مبتلا عورتوں میں بھی یہ صورت پائی جاتی ہے۔ وضع حمل کے دوسرے درجہ میں مثانہ کو ضرر پہنچنے کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں اس لیے جہاں تک ممکن ہو مثانہ کو خالی رکھا جائے اور اگر EPISIOTOMY یا فارسپس کے استعمال کی ضرورت ہو تو اس میں تاخیر نہ کی جائے۔

۲۔ آپریشن کے بعد ہونیوالا STRESS INCONTINENCE

نتوء کے لیے سرجیکل ٹریٹمنٹ کے بعد اکثر عورتیں اس مرض میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ مجری بول اور مثانہ کی سطح کے درمیان فاصلہ کی زیادتی اس کا سبب ہوا کرتی ہے۔

۳۔ CONGENITAL STRESS INCONTINENCE

یہ صورت عضلات مثانہ کے انقباض کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے۔ اس کا سرجیکل ٹریٹمنٹ کیا جائے۔

VAULT PROLAPSE

نتوء کی اس قسم میں مہبل کا محرابی حصہ نیچے اتر آتا ہے جو بعض اوقات مہبل یا فرج تک بھی آجاتا ہے اور بعض اوقات تو پوری مہبل الٹ آتی ہے۔ یہ صورت خلقی۔ قبالتی۔ بطنی یا VAGINAL HYSTERECTOMY کے نتیجے میں ہو سکتی ہے۔
CONGENITAL VAULT PROLAPSE کنواری یا NULLI-PAROUS عورتوں میں ہوتا ہے۔
چونکہ یہ صورت عموماً HYSTERECTOMY کے بعد ہی پیدا ہوتی ہے اس لیے اس سے بچنے کا بہتر طریقہ یہی ہے کہ آپریشن کے دوران بہت احتیاط کی جائے۔

انقلاب الرحم

INVERSION OF UTERUS

یہ وہ حالت ہے جس میں جسم رحم اندر کی جانب مڑ کر فرج سے باہر نکل آتا ہے۔
اس کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ نفاسی PUERPERAL

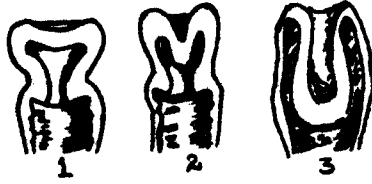
تقریباً ۹۰٪ واقعات نفاسی ہی ہوتے ہیں۔ جب وضع حمل کے فوراً بعد یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے تو اسے انقلاب حاد کہا جاتا ہے اور جب دو دن کے بعد اور ایک مہینے کے اندر ہوتا ہے تو تحت الحاد (SUBACUTE) لیکن ایک مہینے کے بعد ہونے والے INVERSION کو مزمن کہا جاتا ہے۔

عموماً سب سے پہلے قاع الرحم ہی منقلب ہوتا ہے۔ لیکن بعض عورتوں میں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ رحم کا جانبی حصہ پہلے نیچے اترتا ہے۔

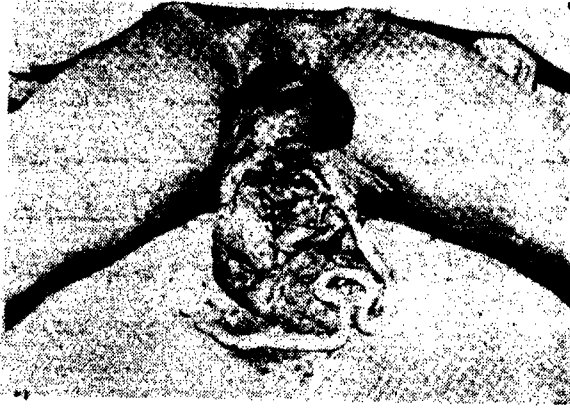
انقلاب الرحم عموماً مشیمہ کے کھینچنے کے نتیجے میں ہوتا ہے جبکہ وہ اچھی طرح علاحدہ نہ ہوا ہو۔ یا بعض اوقات مشیمہ کے اخراج کے لیے بطن کی دیواروں پر دباؤ ڈالنے سے بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ اکثر مشیمہ چھوٹا ہونے کی حالت میں بھی انقلاب الرحم ہوتا ہے۔

بعض اوقات مشیمہ کے چھوٹے ہونے کا سبب یہ ہوتا ہے کہ وہ بچہ کی گردن میں پھنسا ہوا ہوتا ہے۔ وضع حمل معجل (PRECIPITATE LABOUR) میں اگر عورت کھڑی ہوئی ہو اور بچہ پیدا ہو جائے تو بھی انقلاب الرحم ہو سکتا ہے۔

۲۔ مرضی

قاع الرحم میں ہونے والی SESSILE SUBMUCONS سلعہ عام طور پر اور بعض اوقات FIBROMYOMA SARCOMA کے نتیجے میں بھی انقلاب الرحم ہو سکتا ہے۔

۴۵ انقلاب الرحم کے مختلف درجات

1 & 2 - Incomplete Inversion

3 - Complete Inversion

۴۶ انقلاب الرحم (مکمل معہ شیر وقاع الرحم)

۳. IDOPATHIC INVERSION

بعض اوقات بطن کا اندرونی دباؤ بہت زیادہ ہونے کی وجہ سے (جیسا کہ کھانسی اور طاقت لگانے کے نتیجے میں ہوتا ہے.) SPONTANEOUS INVERSION ہو سکتا ہے۔

علامات

مکمل انقلاب کی حالت میں رحم مہبل یا فرج کے باہر دکھائی دیتا ہے اس کی سطح مخمل کی مانند ہوتی ہے جس سے معائنہ کے وقت نزف ہونے لگتا ہے۔ قاذفین کے سوراخ عام طور پر دیکھے جا سکتے ہیں۔ جب انقلاب جزوی ہوتا ہے تو الٹا ہوا قاع الرحم مہبل میں محسوس کیا جا سکتا ہے جو دو دستی معائنہ کے دوران قاع الرحم نارمل اور مدور کے بجائے پیالہ کی مانند محسوس ہوتا ہے۔

انقلاب کی صورت میں یہ کیفیت مقعدی معائنہ کے وقت محسوس کی جا سکتی ہے۔ مکمل INVERSION کی حالت میں UTERINE SOUND عنق الرحم میں نصف انچ سے زیادہ داخل نہیں کی جا سکتی۔ لیکن نامکمل انقلاب الرحم میں اس سے زیادہ داخل کی جا سکتی ہے۔ اگر UTERINE SOUND دو انچ سے زیادہ داخل ہو جائے تو ایسی حالت میں انقلاب کے امکانات نہیں ہوتے۔ ان عورتوں میں بے ضابطگی کے ساتھ رحم سے ہونے والی جریان دم اور بدبودار رطوبت خاص علامت ہوا کرتی ہے۔ وضع حمل کے دوران جسم سے زیادہ مقدار میں خون نکل جانے یا جریان دم کے نتیجے میں مریضہ کو اینمیا ہو جاتا ہے۔ درد ہر ایک مریضہ میں نہیں ہوتا۔

علاج

مزمن انقلاب الرحم کا علاج دو طریقوں سے کیا جاتا ہے۔

غیر جراحتی علاج

ایسی حالت میں تخدیر عمومی کے بعد دستکاری کے ذریعہ اسے درست کیا جاتا ہے لیکن یہ اسی وقت ممکن ہے جبکہ انقلاب الرحم کے فوراً بعد ہی اسے دستکاری کے ذریعہ درست کیا گیا ہو گا کیونکہ تاخیر کی صورت میں عنق الرحم میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔

جراحتی علاج

جراحتی علاج مہبل یا بطن کے ذریعہ کیا جاتا ہے چونکہ انقلاب الرحم نفاسی ہی ہوتا ہے اور خاص طور پر پہلی بار حاملہ ہونے والی عورتیں (PRIMIPARA) ہی اس سے متاثر ہوتی ہیں اس لیے ان عورتوں میں HYSTERECTOMY کرنا مناسب نہیں ہے۔ لیکن انقلاب مزمن کی حالت میں جبکہ مریضہ کی عمر ۴۰ سال سے زیادہ ہو HYSTERECTOMY ہی بہترین علاج ہے۔

پندرھواں باب

حمل منتبذ (خارج رحم)

ECTOPIC PREGNANCY

یہ اصطلاح سب سے پہلے BARNES نے 1873 میں ایجاد کی اس سے قبل رحم کے باہر کسی بھی مقام پر حمل ہونے کو EXTRA UTERINE GESTATION کہا جاتا تھا۔ درحقیقت اس کے بارے میں سب سے پہلے علامہ ابوالقاسم الزہراوی (ALBUCASSIS) نے اپنی تصنیف "التصریف" میں اس کا ذکر کیا ہے 1894 میں HOBART نے حمل منتبذ کو شق کرنے کے لیے LAPRATOMY کا طریقہ ایجاد کیا اور اسی وقت سے دنیا کے تمام ماہران قبالیات نے اس طریقہ علاج کو اپنا لیا۔

رحم سے باہر حمل قائم ہونے کو ECTOPIC GESTATION کہا جاتا ہے۔

یہ حمل مندرجہ ذیل جگہوں پر ہو سکتا ہے۔

١ ۔ قاذف۔

٢ ۔ مبیض۔

٣ ۔ جوف بطن میں ہونے والا ابتدائی IMPLANTATION

٤ ۔ جوف بطن میں ہونے والا ثانوی IMPLANTATION

5 ۔ BICORNUATE UTERUS کے نامکمل طریقے پر ڈویلپ ہونے والے حصہ میں ہونے والا حمل

حمل قاذفی TUBAL PREGNANCY

یہ خیال کیا جاتا ہے کہ قاذف کے AMPULLARY حصہ میں اخصاب ہونے کے نتیجے میں حمل قاذفی ہوتا ہے۔ لیکن اس کے علاوہ بھی بہت سے امور اس کا سبب بنتے ہیں۔ جو درج ذیل ہیں۔

عانہ میں ہونے والا تعدیہ

ورم قاذفین خصوصاً سوزاکی تعدیہ ہونے کی حالت میں قاذفین کی غشاء مخاطی کے برباد ہونے کے نتیجے میں حمل قاذفی ہوتا ہے۔ اسقاط کے بعد نفاس کے دوران ہونے والے تعدیہ میں باہری انشاق کی وجہ سے قاذف میں بل پڑ جانے کے نتیجے میں قاذف میں بیضہ نسب ہوتا ہے۔ بعض اوقات ورم قاذفین درنی بھی اس کا سبب بنتا ہے۔

خلقی (سقوم) امراض

قاذفین کا DIVERTICULM 'ACCESSORY OSTIUM'

یا خلقی HYPOPLASIA میں قاذفین لمبے اور پیچدار ہو جاتے ہیں اور ان کی عضلی دیوار پتلی ہو جاتی ہے۔ جس کے نتیجے میں بیضہ کو جوف رحم تک پہنچنے میں دیر لگتی ہے۔

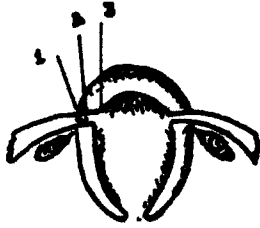
EXTERNAL MIGRATION

ایسی حالت میں بیضہ مبیض سے خارج ہونے کے بعد اسی جانب کے قاذف میں داخل ہونے سے قاصر ہوتا ہے اور دوسری جانب کے قاذف میں داخل ہو جاتا ہے۔ اور وہیں اخصاب ہونے کے بعد وہ وہیں نسب ہو جاتا ہے۔

INTERNAL MIGRATION

ایسی صورت میں باردار بیضہ ایک جانب کے قاذف سے گذر کر جوف رحم میں پہنچتا ہے لیکن وہاں نسب ہونے کے بجائے دوسری جانب کے قاذف میں داخل ہو کر نسب ہو جاتا ہے

INTERSTITAL PREGANCY

اس قسم میں بیضہ رحم کے DIVERTICULUM یا ADENOMYOSIS
کے CORNUAL حصہ میں نسب ہوتا ہے حمل کی اس قسم میں عضلات کی
دبازت کی وجہ سے حمل کئی ہفتہ تک برقرار رہتا ہے۔ عضلات رحم ہونے والے قاذفی حصہ میں
حمل ہونے کو INTERSTITIAL PREGNANCY کہا جاتا ہے۔

INTERSTITIAL TREGNANCY

1- Interstitial
2- Utero-Interstitial
3- Tubo-Interstitial

یہ مندرجہ ذیل تین جگہوں میں سے کسی ایک جگہ پر ہو سکتی ہے۔

۱۔ INTERSTITIAL ہے۔

جب کہ حمل قاذف کے PORTION INTERSTITIAL کے درمیانی
حصہ میں ہو۔

۲۔ UTERO INTERSTITIAL

جب کہ حمل اس مقام پر ہو جہاں قاذف جوف رحم میں داخل ہوتا ہے اسے
ANGULAR PREGNANCY بھی کہا جاتا ہے۔

۳۔ TUBO-INTERSTITIAL

جبکہ حمل قاذف کے ISTHMIC اور INTERSTITIAL کے جار الفال پر واقع ہو۔ جب حمل INTERSTITIAL ہوتا ہے تو کئی ہفتہ تک قایم رہتا ہے کیونکہ عضلات کی دبازت کی وجہ سے اس کے انشقاق میں تاخیر ہوتی ہے۔ ANGULAR PREGNANCY یا تو جوف رحم میں شق ہو جاتی ہے۔ اور استقاط ہو جاتا ہے یا پھر رحمی حمل کی حیثیت سے برقرار رہتی ہے۔ لیکن TUBO-INTERSTITIAL جلد ہی شق ہو جاتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات ایک دورہ طمث بھی مکمل نہیں ہونے پاتا۔

حمل بطنی ABDOMINAL PREGNANCY

حمل منتبذ کی یہ قسم شاذ ہی ہوتی ہے۔ یہ دو قسم کی ہوتی ہے۔ پرائمری اور سکنڈری۔ پرائمری قسم بہت ہی کم ہوتی ہے لیکن

۱۴۸ = حمل بطنی

سکنڈری اکثر ہوتی ہے۔ اور اس وقت ہوتی ہے جبکہ بیضہ کا ابتدائی انسلاک مشرشر کے کناروں پر ہوتا ہے۔ جیسے جیسے بیضہ بڑھتا جاتا ہے وہ قاذف سے باہر آتا جاتا ہے۔ مشیمہ کا ڈیولپمنٹ بطن ہی میں ہوتا ہے جو باریطون عانی رباط عریض کے پچھلے حصے OMENTUM اور امعاء سے چپاں ہوتا ہے۔ قاذف سے اس کا ابتدائی انسلاک برقرار رہ بھی سکتا ہے اور نہیں بھی جیسے جیسے حمل کا زمانہ بڑھتا جاتا ہے OMENTUM اور امعاء کے ذریعہ جنین کے گرد PSEUDO-SAC بنتی جاتی ہے۔

بعض اوقات گذشتہ شق قیصری (CAESAREAN SECTION) کے SCAR کے کھل جانے کے نتیجے میں بھی بطنی حمل ہو سکتا ہے

SECONDARY INTRA-PERITONEAL PREGNANCY

جب جنینی جوف باریطون میں آجاتا ہے تو اس کے گرد منجمد خون، امعاء کے حمل (COILS) 'OMENTUM' اور بطن کے دیگر ساخت کے ذریعہ ایک 'PSEUDO SAC' بن جاتی ہے۔

SECONDARY INTRA-LIGAMENTARY PREGNANCY

حمل منتبذ کی یہ قسم رباط عریض میں قاذف کے اندر ہونے والے حمل کے انشقاق کے نتیجے میں ہوتی ہے۔ اور بہت ہی کم دیکھی گئی ہے۔ ایسی حالت میں مشیمہ عموماً کبد، طحال و یا بطن کے پچھلے حصے کی دوسری ساختوں سے چپکا ہوا ہوتا ہے۔

رحم کی غشاء مخاطی میں ہونے والے تغیرات

بیضہ کے رحم کے باہر نسب ہونے کے فوراً ہی بعد غشاء مبطن رحم میں غشاء ساقط (DECIDUA) بننے لگتی ہے۔ غشاء ساقط اس وقت تک منسلک رہتی ہے جب تک مضغہ (EMBRYO) زندہ رہتا ہے۔ مضغہ مردہ ہو جاتا ہے تو اس میں۔ DEGENERATIVE تبدیلیاں شروع ہو جاتی ہیں اس کے بعد غشاء ساقط یکبارگی یا تھوڑا تھوڑا کر کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں کی شکل میں خارج ہو جاتی ہے

جنینی بدوضعی FOETAL DEFORMITIES

یہ تغیرات حمل کے زیادہ دن گذر جانے کے بعد ہوتے ہیں۔ عام طور پر تشوہ بدوضعی غلطی ہی ہوتی ہے۔ جسے دستکاری کے ذریعہ درست بھی کیا جا سکتا۔ یہ صورت سیال امیونسی کی کمی یا کے التصاق کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

MUMMIFICATION ۔

یہ صورت ان جنین میں پیدا ہوتی ہے جو کئی سال تک برقرار رہتے ہیں لیکن GEST-
ATION SAC ملوث نہیں ہوتا۔ اور سیال امینوسی جذب ہوجاتی ہے۔

تقیح SUPPURATION

جنین کی موت کے بعد یا کئی سال گذرنے کے بعد چھوٹی آنتوں یا SIGMOID
COLON کے ذریعہ جنین میں تعدیہ پہنچتا ہے۔ تعدیہ ہونے کے بعد نرم حصہ میں انتشار
شروع ہوتا ہے۔ اور مادہ بطن کی دیوار خصوصًا ناف کی جگہ سے یا مقعد، مثانہ، مہبل کے خلفی
FORNIX کے ذریعہ خارج ہوتا ہے۔ لیکن اس طرح سے تمام مادہ خارج نہیں ہو
نے پاتا۔ خصوصًا جنین کا عظمی ڈھانچہ۔ اس کے باقی رہنے کے نتیجے میں ناسور بن جاتا ہے۔
اور یہ کیفیت اسی وقت ختم ہوتی ہے جب تک کہ تمام مادہ قدرتی طور پر یا آپریشن کے ذریعہ
جسم سے خارج نہ ہوجائے۔

تکلس CALCIFICATION

جنین جب حاملہ کے بطن میں ایک عرصہ تک پڑا رہتا ہے۔ تو اس میں تکلس شروع
ہوجاتا ہے۔ جب صرف غشاء میں تکلس ہوتا ہے تو اسے LITHOKELYPHOS
کہتے ہیں۔ اور جب جنین اور غشاء دونوں میں تکلس ہوتا ہے تو اسے LITHOKELYPHOP-
AEDION کہتے ہیں۔ لیکن جب صرف جنین میں تکلس ہوتا ہے تو اسے LETHOPAEDION
کہا جاتا ہے۔ تکلس کے لیے یہ ضروری ہے کہ حمل کو سات مہینے گذر چکے ہوں اور GEST-
ATION SAC میں تعدیہ نہ ہوا ہو۔ بعض عورتوں میں ایسا بھی ہوتا ہے کہ تکلس
کے بعد بھی بیضہ کئی سال تک برقرار رہتا ہے اور اس کے بعد بھی استقرار حمل ہوتا ہے۔

حمل منتبذ اور MULTIPLE PREGNANCY

MULTIPLE ECTOPIC کی چار صورتیں ہوسکتی ہیں۔

۱ ۔ درون رحم اور بیرون رحم حمل ایک ہی ساتھ ہو۔
۲ ۔ ایک قاذف میں دو مضغہ ہوں۔
۳ ۔ دونوں قاذف میں ایک ایک مضغہ ہوں۔
۴ ۔ قاذف میں ایک سے زیادہ حمل ہوں۔

حمل درون رحم اور بیرون رحم کا ایک ساتھ ہونا

عموماً کثیر الحمل عورتیں ہی اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں درون رحم ہونے والے حمل کی بہ نسبت رحم کے باہر ہونے والے حمل کی علامتیں زیادہ نمایاں ہوتی ہیں. حمل کے ابتدائی مہینوں میں قاذف کے اندر ہونے والا حمل فسق ہو جاتا ہے COMBINED حمل کی تشخیص عموماً حمل منتبذ کے آپریشن کے وقت ہی ہو پاتی ہے۔ بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ دونوں حمل اپنی طبعی مدت تک بغیر کسی خلل کے قایم رہ سکیں۔

حمل توام قاذفی TWIN TUBAL PREGNANCY

ایسی حالت میں بعض وقت دونوں مضغے ایک ہی SAC میں ہوتے ہیں اور بعض وقت الگ بھی ہوتے ہیں۔ UNIOVULAR TWINS زیادہ تر رحم سے باہر ہونے والے حمل ہی میں ہوتے ہیں۔

دونوں جانب ہونے والا قاذفی حمل

BILATERAL TUBAL PREGNANCY

اس حمل کی دو قسمیں ہوتی ہیں SUCCESSIVE اور SIMULTANEOUS عموماً SUCCESSIVE قسم ہی زیادہ پائی جاتی ہے اس میں ابتدائی زمانہ میں کسی ایک قاذف میں بارنار بیضہ 'HAEMATOSALPINX' یا HAEMATOCELE LITHOPAEDION میں تبدیل

ہوتا ہے۔ اور بعد میں دوسرے قاذف کے حمل سے پہلے قاذف کے حمل کا اندازہ ہوتا ہے
SIMULTANEOUS قسم بہت ہی کم ہوتی ہے۔ یہ
BINOVULAR TWIN PREGNANCY ہی کی ایک قسم ہے جو ایک
ہی مباشرت سے ہوتی ہے۔

قاذف میں ہونے والے متعدد حمل

MULTIPLE TUBAL PREGNANCY

بعض عورتوں کے ایک ہی قاذف میں پانچ مضغے پائے گئے ہیں۔ اور ایک مریضہ میں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ ایک قاذف میں حمل توام اور دوسری جانب ایک ہی جنین تھا۔

عوارض

احتباس طمث

رحمی حمل ہی کی مانند ہوتا ہے۔ عام طور پر ایسا کم ہی ہوتا ہے پھر بھی قاذف کے AMPULLARY PORTION میں بیضہ کے نسب ہونے کی حالت میں احتباس طمث ہو سکتا ہے۔ لیکن ISTHMIC اور INTERSTITIAL PREGNANCY میں یہ صورت نہیں ہوتی۔ کیونکہ بیضہ کے نسب ہونے کے چند دنوں کے بعد ہی وہ شق ہو جاتا ہے۔

جریان دم مہبلی

جریان دم اس وقت شروع ہوتا ہے جبکہ ECTOPIC OVUM کی موت ہونے کے بعد غشاء ساقط علیحدہ ہونے لگتی ہے اور یہ جریان دم اس وقت تک قائم رہتا ہے جب تک کہ غشاء ساقط مکمل طور پر علیحدہ نہ ہو جائے۔ اس کے علیحدہ ہونے کے

بعد دو ایک دن بہت تیز بلیڈنگ ہوتی ہے۔ لیکن جب غشار ساقطہ میں DESQUAMATION شروع ہو جاتا ہے۔ تو ایک ہفتہ یا اس سے چند دنوں زیادہ خفیف سا جریان دم ہوتا ہے۔

درد

قاذف کے نفخ کی وجہ سے اس جانب خفیف درد مسلسل رہتا ہے۔ اگر انشقاق قاذف سے باہر ہوتا ہے تو مریضہ اسے بھی محسوس کرتی ہے۔ اس کے بعد درد بڑھ جاتا ہے۔ جو چند گھنٹوں تک تو بطن کے زیریں حصہ میں ایک ہی جگہ تک محدود رہتا ہے لیکن بعد میں تمام پھیل جاتا ہے قاذف کے مشر شری سرے قاذف کے MOLE یا خون کے تھکے خارج ہونے کے دوران تشنجی درد ہوتا ہے اگر عانہ میں سلعہ دمویہ بن جائے تو ایسی حالت میں درد ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔ جس کے ساتھ ساتھ قطنی عجزی حصہ میں بھی درد ہوتا ہے۔

دباؤ کے نتیجے میں ہونے والے عوارض

یہ علامتیں عموماً سلعہ دمویہ عانی کے ساتھ ہی ہوتی ہیں اس کی سب سے اہم علامت عسر بول کے ساتھ ساتھ احتباس بول ہوا کرتی ہے بعض عورتوں میں RECTAL TENESMUS بھی ہوتا ہے۔ بعض اوقات جوف باریطون میں خون جمع ہو جانے کی وجہ سے PHRENIC NERVE پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں ایک یا دونوں بازوؤں میں درد ہوتا ہے۔

MULTIPLE TUBAL PREGNANCY کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ SUB ACUTE

۲۔ ACUTE FULMINATNG

۳۔ ADVANCE GESTATION

SUB ACUTE

عام طور پر یہی قسم زیادہ ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں سب سے پہلے احتباس طمث ہوتا ہے۔ اس کے بعد بطن میں بار بار درد ہوتا ہے ہلکی جریانِ دم اور غشی بھی ہوتی ہے۔ اور

ان ہی تینا علامتوں کے ذریعہ دیگر امراض کے درمیان تفریق کی جا سکتی ہے۔ بطن کے زیریں حصہ میں ہلکا سا درد ہوتا ہے۔ جو اکثر قولنج کی مانند دورے کی شکل اختیار کر لیتا ہے جریان دم عموماً زیادہ نہیں ہوتا لیکن درد کے دوروں کے درمیان زیادہ ہو جایا کرتا ہے جوف باریطون میں خون آجانے کی وجہ سے غشی ہوتی ہے۔

مہبلی معاینہ کرنے پر رحم طبعی سائز کی بہ نسبت تھوڑا بڑھا ہوا ملتا ہے اور کسی ایک جانب کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ اور کسی ایک جانب کے جانبی FORNIX میں ہونے والے MASS سے علیحدہ ہی محسوس ہوتا ہے۔ پورا MASS کسی ایک جانبی FORNIX میں نہیں ہوتا بلکہ وہ خلفی اور جانبی وضع میں ہوتا ہے۔ اس کے کنارے غیر واضح ہوتے ہیں۔ اس کی ماہیت بدلتی رہتی ہے۔ کوئی حصہ نرم اور کوئی حصہ ٹھوس ہوتا ہے۔ ماہیت کی تبدیلی ہی خاص علامت ہوا کرتی ہے۔ کیونکہ حال ہی میں اکٹھا ہونے والے خون کی وجہ سے نرمی اور ایک عرصہ سے اکٹھا رہنے والے خون کے نتیجے میں سختی پائی جاتی ہے۔ اس جگہ چھونے پر حاد TENDERNESS ہوتی ہے۔ اور MASS جزوی یا مکمل طور پر FIX ہوتا ہے۔

اس کی تشخیص کے لیے LAPAROSCOPY یا CULDOSCOPY ہی بہترین طریقہ ہے۔

علامات فارقہ

اسقاط رحمی

احتیاط کے ساتھ معائنہ اور ہسٹری کی مدد سے تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔

حمل رحمی کے ساتھ ہونے والی رحم کی جانبی خمیدگی۔

دونوں میں فرق یہ ہے کہ ایسی حالت میں MASS اور رحم علیحدہ علیحدہ محسوس نہیں ہوتے۔ اگر ضرورت ہو تو تخدیر عمومی کے بعد معاینہ بھی کیا جا سکتا ہے۔ اور اس کی

وضع بھی درست کی جا سکتی ہے۔

رحم کی جانبی دیوار میں اسقاط کے ساتھ ہونیوالا فائیبرومائیوما

اس مرض میں درد اور مہبلی جریان دم کے ساتھ MASS کسی ایک FONIX میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اگر جوف رحم سے خارج ہونے والے مادّہ کا خوردبینی معاینہ کرنے پر اس میں حمل مشیمی (CHORIONIC VILLI) ملیں تو اس سے رحمی حمل کی تصدیق ہو جاتی ہے۔

PELVIC HAEMATOCELE

ہسٹری تحت الحادہی کی مانند ہوتی ہے۔ دباؤ کے نتیجے میں ہونے والے عوارض مثلاً عسر بول، احتباس بول اور RECTAL TENESMUS ہوتا ہے TENESMUS کی وجہ سے بعض اوقات ورم قولون مخاطی یا زحیر کا شک ہوتا ہے بطن کا معاینہ کرنے پر ایک TENDER اور غیر واضح سوجن عانہ سے ابھرتی ہوئی محسوس ہوتی ہے۔ جیسے جیسے اکٹھا ہونے والے خون کی مقدار بڑھتی جاتی ہے ورم بھی بڑھتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات ناف یا اس سے بھی اوپر بڑھ جاتا ہے سوجن کی ماہیت بدلتی رہتی ہے۔ کبھی یہ لچکدار ہوتی ہے اور کبھی ٹھس۔ اس کا انحصار مرض کی مدت، جریان دم کی کیفیت اور SAC کی ساخت پر ہوتا ہے۔

مہبلی معاینہ کرنے پر عنق الرحم کو بہت مشکل سے محسوس کیا جا سکتا ہے کیونکہ POUCH OF DOUGLAS میں اجتماع دم کی وجہ سے یہ لحام عانی کے پیچھے آجاتا ہے۔ مہبل کی محراب اور FORNIX سطحی نظر آتے ہیں۔ POUCH OF DOUGLAS میں اجتماع دم کے نتیجے میں مہبل کی خلفی دیوار کا اوپری حصہ اوپر اٹھ آتا ہے اور اس کی مہبلی سطح محدب نظر آتی ہے۔ رحم ورم کے اوپر چڑھا ہوا محسوس ہوتا ہے۔ اور وہ درمیان میں نہیں ہوتا۔ بلکہ کسی ایک جانب مڑا ہوا ہوتا ہے۔

MASS میں TENDERNESS ہوتی ہے۔ سرے غیر نمایاں ہوتے ہیں ماہیت بعض جگہ پر CYSTIC اور بعض جگہ پر ٹھس ہوتی ہے۔ ماہیت کی یہ

تبدیلی ہی ایک اہم علامت ہوا کرتی ہے۔ HAEMATOCELE کی لمبائی کو مقعدی معاینہ کے ذریعہ بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے۔

علامات فارقہ

INCARCERATED RETROVERTED GRAVID UTERUS

ایسی حالت میں حمل کے تیسرے مہینے میں جبکہ رحم محتبس ہوتا ہے اکثر حمل منتبذ کا شک ہوتا ہے۔ ابتداً میں عسر بول اور بعد میں احتباس بول ہوتا ہے دونوں ہی صورتوں میں عنق الرحم لحام عانی سے پیچھے سے کھسک آتی ہے۔ لیکن باردار رحم ہونے کی حالت میں یہ سامنے کی جانب کافی آجاتی ہے۔ RETROGRAVID UTERUS میں قاع الرحم یا رحم کا کوئی بھی جز POUCH OF DOUGLAS میں MASS سے علاحدہ نہیں محسوس کیا جا سکتا۔ جبکہ HAEMATOCELE میں رحم کا تھوڑا جز یا مکمل رحم MASS کے اوپر محسوس کیا جا سکتا ہے۔ RETROGRAVID UTERUS ایک ہی جیسا ٹھس ہوتا ہے جبکہ PELVIC HAEMATO CELE کی ماہیت تبدیل ہوتی رہتی ہے۔

خراج عانی PELVIC ABSCESS

تمام علامتیں وہی ہوتی ہیں جو PELVIC HAEMATO CELE میں ہوتی ہیں۔ ہسٹری کے ذریعہ ان کی تفریق و تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے خراج عانہ ہونے کی صورت میں حال ہی میں ہونے والے POSTABÓRTAL یا سوزاکی تعدیہ کا پتہ چلتا ہے۔ اس میں ٹمپریچر کم زیادہ ہوتا رہتا ہے اور LEUCOCYTOSIS کافی نمایاں ہوتا ہے۔

INCARCERATED OVARIAN CYST WITH

حمل رحمی کے ساتھ ہونے والی محتبس کیسہ مبیضی

UTERINE PREGNANCY

بطن میں درد اور مہبلی جریان دم کے ساتھ POUCH OF DOUGLAS میں MASS ہونے کی صورت میں حمل منتبذ کا شک ہوتا ہے لیکن احتباس طمث کی غیر موجودگی اور کیسہ کی ماہیت ایک ہی جیسی ہونے سے دونوں کے درمیان تفریق بخوبی ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اگر POUCH OF DOUGLAS کی رطوبت کو باہر نکال کر دیکھا جائے تو یہ مصلی (SEROUS) یا مخاطی (MUCOID) ہوتی ہے۔

حمل رحمی کے ساتھ رحم کی خلفی دیوار میں ہونے والا اسلعہ لیفی

اس کی سب سے اہم علامت احتباس بول ہے۔ اگر ایسی حالت میں مہبلی معاینہ کیا جائے تو یہ پتہ چلتا ہے کہ عنق الرحم نیچے کی جانب عانہ کے پیچھے کھنچی ہوئی ہوتی ہے۔ POUCH OF DOUGLAS میں رہنے والا MASS سخت اور مدور ہوتا ہے اور عنق الرحم کے مد مقابل ہوتا ہے۔

۲- ACUTE FULMINATING

اس قسم میں مریضہ پہلے بالکل تندرست رہتی ہے اس کے بعد یکبارگی بیمار ہو جاتی ہے۔ پیٹ میں شدید درد ہوتا ہے۔ اور وہ ایسا محسوس کرتی ہے۔ جیسے کوئی شے پیٹ کے اندر پھٹ گئی ہو۔ ابتدا میں درد بطن کے زیریں حصہ میں کسی ایک جگہ تک ہی محدود رہتا ہے لیکن چند گھنٹوں کے اندر پورے بطن میں پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات خصوصاً INTER-

ISTHEMIC TUBAL PREGNANCY یا -STITIAL

کے انشقاق کی صورت میں اختباس طمث یا مہبل جریان دم نہیں ہوتا۔ مریضہ کی رنگت تھوڑی ہی دیر کے اندر زرد ہوجاتی ہے۔ نبض کی رفتار تیزی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن B.P. کم ہونے کی وجہ سے اس کا حجم کم ہوجاتا ہے۔ پسینہ بہت زیادہ نکلتا ہے۔ پیاس بہت لگتی ہے جلد سرد اور چپچپی ہوجاتی ہے۔ اندرونی نزف کی وجہ سے بے چینی اور ہوا کی خواہش بڑھتی ہی جاتی ہے۔ بطن کا معاینہ کرنے پر TENDERNESS پھیلی ہوئی محسوس ہوتی ہے۔ لیکن عضلات میں صلابت نہیں ہوتی۔ باریطونی جوف میں اجتماع دم کی وجہ سے بعض اوقات SHIFTING DULNESS ہوتی ہے۔ لیکن یہ علامت قابل اعتماد نہیں ہوتی۔

بطن اور مہبل میں TENDERNESS ہونے کی وجہ سے دودستی مہبلی معاینہ کرنا ممکن نہیں ہوتا۔ درحقیقت مہبلی معاینہ کے دوران TENDERNESS کی غیر موجودگی حمل منتبذ کے انشقاق کے علاوہ کسی دوسرے مرض پر دلالت کرتی ہے۔ اگر ابتدائی دنوں میں انشقاق ہوا ہو تو FORNICES میں کوئی MASS محسوس نہیں کیا جا سکتا بلکہ POUCH OF DOUGLAS میں اجتماع دم کی وجہ سے کم وزیادہ ہونے والی غیر واضح CYSTIC FULLNESS ہوتی ہے۔
جب دس ہفتہ یا اس سے زیادہ عمر کا بیضہ شق ہوتا ہے تو کسی ایک جانب کے FORNIX میں غیر نمایاں MASS محسوس کیا جا سکتا ہے۔

علامات فارقہ

نزفی باریطونی کے ساتھ جسم اصغر یا حویصلہ جراف کا انشقاق

یہ صورت بہت ہی کم پائی جاتی ہے۔ اس کی علامتیں حمل منتبذ کے انشقاق حاد ہی کی مانند ہوتی ہیں۔ شدید قسم کا نزف ہوتا ہے۔ بطن میں یکبارگی درد کے ساتھ نزف کی دیگر علامتیں بھی ہوتی ہیں۔ مہبل کا معاینہ کرنے پر TENDERNESS ہوتی ہے۔

اور اجتماع دم کی وجہ سے POUCH OF DOUGLAS بھرا ہوا محسوس ہوتا ہے

کیسہ رحمی کے PEDICLE کا شق ہونا

ایسی حالت میں مریضہ یکبارگی بطن میں درد حاد کی شکایت کرتی ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ صدمہ (SHOCK) کی بھی علامتیں ہوتی ہیں چہرہ زرد ہو جاتا ہے اگر انفتال (TORSION) یکبارگی ہو تو قے ایک اہم علامت ہوا کرتی ہے۔ بطن کے زیریں حصہ میں TENDERNESS اور صلابت نمایاں طور پر محسوس ہوتی ہے اور اس جانب زیادہ ہوتی ہے۔ جہاں کیسہ موجود ہوتی ہے۔ حبلی معاینہ کرنے پر کسی ایک FORNIX میں بخوبی نظر آنے والا TENDER اور تنا ہوا MASS محسوس کیا جا سکتا ہے

ACUTE APPENDICITIS

اس مرض میں درد داہنے ILIAC FOSSA میں ہوتا ہے۔ اور MACBURNEY'S POINT پر TENDERNESS ہوتی ہے دودستی معاینہ کرنے پر بھی TENDERNESS پائی جاتی ہے تیز بخار نبض سریع۔ بڑھتا ہوا LEUCOCYTOSIS اس کی اہم علامتیں ہوتی ہیں۔

ورم قاذفین حاد

طمث کے دوران درد شروع ہونے یا حال ہی میں ہونے والے اسقاط کے بعد درد ہونے کی حالت میں ورم قاذفین حاد کا پتہ چلتا ہے قشعریرہ کے ساتھ ٹمپریچر کا بڑھنا بھی اس کی ایک اہم علامت ہے جبکہ حمل منتبذ میں ٹمپریچر نارمل یا اس سے بھی کم ہوتا ہے۔ اور باریطونی نزف کی وجہ سے نبض کی رفتار بڑھتی ہی جاتی ہے B.P. کم ہو جاتا ہے اور جسم تبدریج زرد ہوتا جاتا ہے۔

ADVANCE ECTOPIC PREGNANCY

اقتباس طمث کے ساتھ ساتھ تھوڑے وقفہ سے جریان دم ہوتا ہے۔ابتدائی مہینوں
میں پیٹ میں درد بھی ہوتا ہے۔پستان میں ویسی ہی تبدیلیاں ہوتی ہیں جیسی کہ رحم کے اندر
ہونے والے حمل میں ہوا کرتی ہیں۔پیٹ میں درد مسلسل یا وقفہ کے ساتھ ہوتا ہے جو
PLASTIC PERITONITIS یا احشاء بطن کے بدلتے ہوئے تشریحی ساخت
کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔جنین کی پرزور حرکت ،مریضہ مسلسل محسوس کرتی رہتی ہے تاوقتیکہ جنین
مر نہ جائے۔فل ٹرم کے وقت یا اس کے قریب تھوڑی دیر کیلئے درد زہ کاذب (FALSE
LABOUR PAIN) ہوتا ہے جس کے ساتھ بلیڈنگ بھی
ہوتی ہے اور DECIDUAL CAST بھی خارج ہوتی ہے جنین کے
مرنے کے بعد کوئی خاص علامتیں ظاہر نہیں ہوتیں۔بعض اوقات اقتباس طمث قائم رہتا
ہے۔بعض میں طمث پھر سے شروع ہوجاتا ہے۔بطن کا معاینہ کرنے پر جسم جنین کے حصے
بخوبی محسوس کئے جا سکتے ہیں۔رحم کے اندر ہونے والے حمل کی بہ نسبت اس میں بطن کا
ابھار اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔جنین PELVIC BRIM سے اونچا عرضی یا ترچھا
ہوتا ہے۔جنین کا مرکز سے ہٹا ہوا اور کسی ایک جانب ہوتا اس مرض کی ایک اہم علامت
ہے۔مہبلی معاینہ کرنے پر رحم کے اندر ہونے والے حمل کے برخلاف عنق الرحم ٹھس ہوتی
ہے۔جبکہ رحم میں ہونے والے حمل میں عنق الرحم نرم ہوتی ہے۔

بطن حمل میں عنق الرحم کا مہبلی حصہ ٹھس ہوتا ہے۔ PRESENTING PART
کو مہبل میں داخل کی ہوئی انگلیوں کے ذریعہ محسوس نہیں کیا جا سکتا۔رحم نارمل یا تھوڑا بڑھا
ہوا۔سامنے اور جانبین میں پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

ایکسرے میں ظاہر ہونے والی علامتیں

LATERAL FILM میں جنین کے جسم کے حصے فقرات کے پیچھے یا بہت
ہی قریب نظر آتے ہیں۔جنین لحام عانی سے بہت اوپر مرکز سے ہٹا ہوا یا TRANS-
VERSE LIE میں ہوتا ہے۔ ANTERO-POSTERIOR FILM

میں GAS SHADOWS پائے جاتے ہیں دردزہ کاذب کے دوران رحم کی انقباضی حرکت محسوس نہیں کی جا سکتی لیکن جھلی جریان دم کی وجہ سے SHOW کا شک ہوتا ہے۔

جنین کے مرنے کے بعد GESTATION SAC سکڑ کر چھوٹی ہوجاتی ہے۔ تعدیہ نہ ہونے کی صورت میں اس کی تشخیص برسوں نہیں ہو پاتی۔ اور جنین LITH-OPAEDION میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ GESTATION SAC بطن میں موجود ہونے کے باوجود تھوڑے دنوں کے بعد طمث دوبارہ شروع ہوسکتا ہے اور استقرار حمل بھی ہوسکتا ہے اگر SAC تعدیہ ہوجائے تو مادہ ABDOMI-NAL SINUS یا جھلی۔ مثانہ، یا مقعد میں ہونے والے ناسور کے ذریعہ خارج ہوجاتا ہے۔

قاذف میں ہونے والے حمل کا علاج

INJ. MORPHINE (gr 1/4) دیا جائے۔ گرم پانی کی تھیلیوں کے ذریعہ مریضہ کے جسم کو گرم رکھا جاتے۔ جو مریضہ COLLAPSE ہوا سے BLOOD TRANSFUSION کیا جائے۔ اس کے ساتھ ہی ساتھ حسب ضرورت سرجیکل ٹریٹمنٹ کریں۔

حمل مبیضی

OVARIAN PREGNANCY

حمل منتبذ کی یہ قسم سب سے کم ہوتی ہے۔ اس کی دو قسمیں ہیں ابتدائی (پرائمری) اور ثانوی (سکنڈری) ابتدائی کی بھی دو قسمیں ہوتی ہیں عمیق (DEEP) اور سطحی (SUPERFICIAL) عمیق ابتدائی حمل مبیضی کی دو صورتیں ہوتی ہیں۔

۱ - درون حویصلہ (INTRAFOLLICULAR)

۲ - بیرون حویصلہ (EXTRAFOLLICULAR) اسے۔
JUXTAFOLLICULAR یا INTERSTITIAL بھی کہتے ہیں

سطحی کی بھی دو قسمیں ہوتی ہیں۔

۱ - سطحی صادق (TRUE SUPERFICIAL)

۲ - فوق الحویصلہ (SUPRA FOLLICULAR)

ثانوی حمل مبیضی مشترک ہوتی ہے۔

درون حویصلہ قسم میں اصحاب حویصلہ میں ہوتا ہے۔ سطحی اور بیرون حویصلہ میں بلادٌ بیضہ مبیض کے سطحی تہہ یا اس کی سطح پر نسب ہوتا ہے۔

علامات

(انشقاق سے قبل) مبیض میں ہونیوالے حمل کو غلطی سے کیسہ مبیضی ہی سمجھ لیا جاتا ہے لیکن صحیح تشخیص آپریشن کے بعد نسیج کے خوردبینی معاینہ ہی کے ذریعہ کی جا سکتی ہے۔

(انشقاق کے بعد) شدید قسم کے باریطونی نزف کی حالت میں حمل متبذ کا پتہ چلتا ہے لیکن آپریشن کے بعد ہی مبیضی حمل کی تصدیق ہو پاتی ہے چونکہ حویصلہ یا جسم اصفر میں ہونے والے سلعہ دمویہ کی علامتیں اس کی مانند ہوتی ہیں اس لیے دونوں کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

عنق الرحم میں ہونے والا حمل

CERVICAL PRENGNANCY

یہ حمل تین قسم کا ہوتا ہے۔

۱۔ صادق (TRUE) :-

اس قسم میں غشاء ساقط (DECIDUA) نہیں ہوتی۔ اور حمل کی یہ قسم بارہ ہفتہ

سے زیادہ قایم نہیں رہتی۔ جزوی طور پر علاحدہ ہونے کی وجہ سے شدید قسم کی بلیڈنگ ہوتی ہے۔

۲- ISTHMICO CERVICAL PREGNANCY

اس قسم میں مشیمہ بہت آسانی سے علاحدہ ہوجاتا ہے اور جریان دم بھی زیادہ نہیں ہوتا۔

CERVICAL PREGNANCY

۳- ENDOMETRO-ISTHMICO CERVICAL PREGNANCY میں
صرف تھوڑا سا ہی حصہ چپکا ہوتا ہے۔ بیضہ بآسانی علاحدہ ہوجاتا ہے۔ اور زیادہ بلیڈنگ بھی نہیں ہوتی۔

عنق الرحم میں ہونیوالے حمل کی تشخیص کا انحصار عنق الرحم کے بڑھاؤ اور پھیلاؤ پر ہے HYSTERECTOMY کرنے کے بعد ہی اس کی تشخیص ہو سکتی ہے۔ چونکہ مبیضی حمل کی مریضہ میں شدت نزف کے امکانات ہوتے ہیں اس لیے TRANSFUSION کے لیے کافی مقدار میں خون موجود ہونا چاہئے۔ جریان دم کو روکنے کے لیے رحم اور عنق الرحم کو PLUG کرنا چاہئے۔ اگر اس کے بعد بھی بلیڈنگ نہ رکے تو HYSTE-RECTOMY کی جائے۔

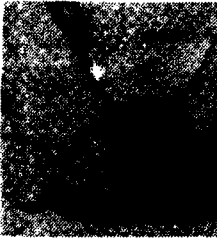
سولھواں باب

اعضائے تناسل میں ہونے والی نمو غیر خبیثہ

BENIG GROWTH

مہبل اور فرج میں ہونے والی نمو شاذہ

سلعہ لیفی FIBROMA

فرج میں عموماً یہی نمو زیادہ ہوتی ہے۔ جس میں PEDICLES ہوتے ہیں بعض اوقات یہ PEDICLE اتنا پتلا اور لمبا ہوتا ہے کہ نمو رانوں کے درمیان لٹکتی نظر آتی ہے۔ یہ نمو سنترے کے برابر ہوتی ہے اور MYXOMATOUS DEGENERATION کی وجہ سے یہ نرم ہوتی ہے۔ اس میں عوارض ظاہر نہیں ہوتے۔ PEDICLE کی جڑ کو قطع کر کے اسے بآسانی نکالا جا سکتا ہے۔

۵۱ ۔ فرج میں ہونے والا LIPOMA

۵۰ ۔ فرج میں ہونے والا FIBROMA

سلعہ شحمی LIPOMA :-

سلعہ لیفی کی بہ نسبت یہ کم ہوتی ہے۔ یہ SESSILE یا PEDUN-CLUDED ۔ دونوں ہوسکتی ہے۔ بعض اوقات صرف ایک ہی شفر پر ہوتی ہے اور پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔

سلعہ عضلی MYOMA :-

یہ رباط عریض (BROAD LIGAMENT) میں بہت ہی کم ہوتی ہے اگر ہوتی بھی ہے تو عوارض ظاہر نہیں ہوتے۔ عام طور پر چھوٹے سنترے کے برابر ہوتی ہے۔ نسیج کے خوردبینی معائنہ کے ذریعہ اس کی تشخیص بآسانی کی جاسکتی ہے۔

SEBACEOUS CYST

یہ فرج میں ہونیوالی کیسہ ہے جو جلدی ہوتی ہے۔ چھوٹی اور مدور ہوتی ہے اور اس میں عوارض ظاہر نہیں ہوتے۔

ENDOMETRIAL GROWTH :-

فرج میں ENDOMETRIOSIS بہت ہی کم ہوتا ہے لیکن شفران کبیر کے اوپری حصہ میں چھوٹی گروتھ ہوسکتی ہے۔

URETHRAL CARUNCLE

یہ سن یاس کے بعد ہوتی ہیں۔ جو تعداد میں ایک چھوٹی SESSILE یا PEDUNCULATED ہوتی ہے اور منفذ کے قریب مجری بول کے خلفی دیوار سے منسلک ہوتی ہے۔ یہ گروتھ PAPILLOMATOUS' INFLA-MMATORY ANGIOMATOUS یا ADENOMATOUS

ہوتی ہیں

ورم کے نتیجے میں ہونے والا URETHRAL CARUNCLE

مجری بول کے گرد ہونے والے غدد میں ورم مزمن ہونے کے نتیجے میں وہاں کی بشرہ میں بہت سی تہہ پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ ہلکے زرد رنگ کی SESSILE اور چھوٹے میں بہت زود حس ہوتی ہیں۔ خوردبین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر اس کی سطح -STRATI FIED EPITHELIUM- سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ جس کے نتیجے میں -GRANU LATION TISSUE- ہوتے ہیں۔

PAPILLOMATOUS CARUNCLE

اس کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ سطح چپٹی اور غیر ہموار ہوتی ہے۔ خوردبین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر اس کی سطح بشرہ طباقیہ SQUAMOUS EPITHELIUM سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے اور کہیں کہیں پر گہرا غلاف جیسا نظر آتا ہے۔

ANGIOMATOUS CARUNCLE

یہ گروتھ شوخ سرخ کی ہوتی ہے۔ یہ عام طور پر PEDUNCULATED اور بہت زود حس ہوتی ہے۔ خوردبینی معائنہ کرنے پر اسٹرومامیں عروق دمویہ بکثرت نظر آتی ہے۔ بعض میں CARUNCE میں عوارض ظاہر نہیں ہوتے صرف معائنہ کے دوران ہی ان کا پتہ چلتا ہے۔ ان عورتوں میں سلسل البول کے ساتھ ساتھ عسر بول عام طور پر ہوتا ہے۔ بعض اوقات اس کی سطح سے معمولی نزف بھی ہوتا ہے۔ زود حس ہونے کی وجہ سے ان میں DYSPAREUNIA بھی ہوتا ہے۔

علاج

EXCISION یا CAUTERIZATION کریں۔ EXCISION کے بعد اس کا HISTOLOGICAL EXAMINA-TION ضروری ہے۔

سلعات مہبل

TUMOUR OF VAGINA

سلعات کیسی CYSTIC TUMOUR

سلعات مہبلی VAGINAL CYST

یہ کیسہ مہبل کے قدامی اور جانبی یا خلفی دیوار پر ہوتے ہیں۔ یہ چھوٹی سائز کے ہوتے ہیں اور ان کی وجہ سے مہبل کی دیواریں اتنی پتلی ہو جاتی ہیں کہ اس سے نیم شفاف کیسہ کی دیوار دکھائی دینے لگتی ہے۔

عنق الرحم اور رحم میں ہونے والی نموشاذہ

سلعی لیفی عضلی FIBROMYOMATA

جالینوس نے دوسری صدی میں رحم کے کسی بھی حصہ میں ہونے والے سلعہ صلب (HARD TUMOUR) کو 'SCLEROMA' اور بقراط نے سن رسیدہ عورتوں میں پائے جانے والے CACIFIED FIBR-OMA کو 'WOMB STONE' کے نام سے بیان کیا ہے۔ لیکن ROKITANSKY نے اسے FIBROID کے نام سے بیان کیا ہے۔

فائبروما رحم میں ہونے والی ایک گروتھ ہے جو اس کے عضلاتی دیوار سے نکلتی ہے۔ لیکن بعض اوقات اس سے منسلک رباط (رباط مدورہ اور رباط رحمی عجزی) سے

۵۲

BILATERAL ROUND LIGAMENT FIBROMYOMA

بھی پیدا ہوتی ہے ۔ اس کی ساخت میں یعنی اور ہموار عضلاتی نسیج ہوتے ہیں ۔ زمانہ صلاحیت تولید کے دوران یہ کبھی بھی ہو سکتی ہے ۔ لیکن عام طور پر ۳۰ سے ۴۵ سال کی عمر کے درمیان زیادہ ہوتی ہے ۔ حالانکہ اس کا ڈیولپمنٹ ۲۰ سال کی عمر سے ہونے لگتا ہے ۔ ۹۰ سے ۹۲ فی صد FIBROMYOMATA جسم رحم میں ہوتی ہیں جبکہ عنق الرحم میں ۸ سے ۱۰ فی فیصد ۔ اسی طرح یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ یہ جسم رحم میں متعدد ہوتی ہیں لیکن عنق الرحم میں صرف ایک ہوتی ہے ۔

جب FIBROMYOMA عضلاتی رحم میں ہوتی ہے تو اسے INTRAMURAL کہتے ہیں ۔ جب اس کی گردتھ باہر کی جانب ہوتی ہے تو اسے SUBSEROUS اور جب اندر جوف رحم کی طرف ہوتی ہے تو اسے SUBMUCOUS کہا جاتا ہے ۔

تحت البارِیطونی

SUBSEROUS یا SUBPERITONIAL

INTRAMURAL گردتھ جو عضلاتی عضلی کے نیچے ہوتی ہے ۔ جب اس کی سائز مزید بڑھتی ہے تو اسے SUBSEROUS کہا جاتا ہے ۔ چونکہ یہ باریطون کی جانب بڑھتی ہے اس لئے عضلات کی پتلی تہہ کو سامنے کی جانب ڈھکیل دیتی ہے ۔ اور زیادہ بڑھ جانے کے بعد یہ صرف باریطون سے ڈھکی ہوئی رہ جاتی ہے ۔

یہ یا تو SESSILE ہوتی ہے جو جزوی طور پر SEROUS اور INTRAMURAL دونوں ہی ہوتی ہے۔ یا پھر یہ مکمل طور پر باہر آجاتی ہے اور ایک PEDICLE کے ذریعہ رحم سے چسپاں ہوتی ہے۔

بیفرجی INTERSTITIAL (INTRAMURAL)

یہ عضلات رحم میں ہوتی ہیں۔ تعداد میں ایک یا ایک سے زیادہ بھی ہوتی ہیں۔ ان کی سائز تبدیل ہوتی رہتی ہے۔ ایک سے زیادہ ہونے کی حالت میں رحم کی وضع تبدیل ہوجاتی ہے۔

تحت المخاطی SUBMUCOUS

سلعہ بیفرجی یعنی عضلی (INTERSTITIAL FIBROMYOMA)
جو عضلات کے تہہ میں ہوتی ہیں اپنے نشو ونما کے لئے جوف رحم کی جانب مائل ہوتی ہیں ابتداء میں ایسی تمام گروتھ SESSILE ہوتی ہیں اور غشاء مبطن رحم سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ سائز میں بڑھنے کی وجہ سے رحم کی انقباض حرکت گروتھ کو باہر ڈھکیل دیتی ہے جس کی وجہ سے وہ PEDUNCULAR ہوجاتی ہیں۔

۵۳۔ Fibromyoma کی مختلف صورتیں

۵۴ - جوف رحم میں ہونے والی SESSILE SUBMUCOUS POLYP

یہ PEDICLE پہلے چوڑے اور چھوٹے ہوتے ہیں اس کے بعد لمبے اور پتلے ہو جاتے ہیں۔ سلعہ دھیرے دھیرے عنق الرحم میں ٹھنس جاتی ہے اور اس کے بعد مہبل میں SUBSEROUS POLYP کی حیثیت سے قائم رہتی ہے۔ ایک وقت ایسا آتا ہے جبکہ رحم اسے ڈھکیلنے سے قاصر ہوتا ہے ایسی حالت میں رحم کی دیواریں دبیز ہوتی چلی جاتی ہیں اور جوف رحم سلعہ کو جگہ دینے کے لئے بڑھتا ہی جاتا ہے۔

سلعہ عنقی لیفی عضلی CERVICAL FIBROMYOMA

یہ گردتھ تعداد میں صرف ایک ہوتی ہے۔ اور عنق الرحم کے فوق المہبل حصہ سے نکلتی ہے۔ اس کی نشوونما INTRAMURAL ہوتی ہے جسے CENTRAL CERVICAL FIBROMA کہتے ہیں۔ اگر اس کی گردتھ خلفی جانب ہو تو POSTERIOR CERVICAL FIBROMYOMA

اور اگر قدامی جانب ہو تو ANTERIOR CERVICAL FIBRO-MYOMA کہتے ہیں۔ عنق الرحم کے پہلی حصہ میں ہونے والا FIBROMY-OMA عام طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ لیکن بعض اوقات اتنا بڑا بھی ہو جاتا ہے پوری پہل میں پھیل جاتا ہے۔ اور مجری بول پر اس کے دباؤ کی وجہ سے پیشاب کرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے۔ بعض اوقات احتباس بول بھی ہوتا ہے۔

CERVICAL FIBROID باریطون میں ہونے کی حالت میں اسے پھیلنے کے لئے بہت محدود جگہ مل پاتی ہے۔ اس کے نتیجہ میں مثانہ، مجری بول، مقعد، عانہ کی وریدوں اور اعصاب پر دباؤ کی علامتیں موجود ہوتی ہیں مرکزی عنقی FIBROID جو گلوب کی مانند ہوتی ہے ایسی حالت میں پھیل کر بیلن کی مانند ہو جاتی ہے۔ اور رحم پہلی کے بیچ میں دکھائی دیتی ہے۔

قدامی عنقی FIBROID کی وجہ سے عنق الرحم کی شکل میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ جیسے جیسے گردتھ بڑھتی ہے رحمی مثانی باریطون پھیلتا جاتا ہے۔ گردتھ اگر بہت بڑی ہو تو اس کے دباؤ کے نتیجے میں عسر بول یا احتباس بول ہو سکتا ہے۔ خلفی عنقی FIBROID کی باریطونی گردتھ محدود ہوتی ہے یہ جیسے جیسے بڑھتی ہے عظمی عانہ کی بناوٹ کی مناسبت سے تبدیل ہوتی جاتی ہے۔

رباط عریضہ میں ہونے والی سلعہ لیفی عضلی

MULTIPLE BOARD LIGAMEN FIBROMYOMA

یہ سلعہ رحم کے جانبی کناروں سے نکلتی ہے اور اس کی گروتھ رباط عریضہ کے جانبی حصہ میں لیفی عضلی (FIBROMUSCULAR) انسجہ سے ہوتی ہے۔ اس کی نمو بہت تیزی کے ساتھ ہوتی ہے۔ یہ گروتھ جیسے جیسے بڑھتی ہے رحم کو مخالف جانب ڈھکیلتی جاتی ہے۔ بڑی گروتھ کے نتیجے میں حالب پر بھی دباؤ پڑ سکتا ہے اس دباؤ کی وجہ سے وہ اپنی جگہ سے تھوڑا ہٹ بھی سکتا ہے۔ اور اس کے نتیجے میں HYDROURETER اور HYDRONEPHROSIS ہوتا ہے۔

رباط رحم میں ہونے والی سلعہ لیفی عضلی

رباط مدور یا رباط رحمی عجزی کے لیفی عضلی انسجہ ہونے والے سلعات عام طور پر کرکٹ کی گیند سے بڑے نہیں ہوتے۔ یہ رباط مدور کے بطنی اور اربی حصوں میں ہوتے ہیں۔

لیفی عضلی سلعات میں ہونے والی ثانوی تبدیلیاں

DEGENERATIVE CHANGES

HYALINE DEGENERATION :-

زیادہ تر سلعات میں یہ تبدیلیاں موجود ہوتی ہیں۔ یہ تبدیلی گروتھ کے مرکزی حصہ میں نمایاں طور پر نظر آتی ہے اور دوران خون کی کمی کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔

CYSTIC DEGENERATION

سلعات لیفی کے کیسی خلا میں صاف یا گدلا بھوسے کے رنگ کا سیال آجاتا ہے جو HYALINE مادہ کے پگھلنے کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اس طرح سے بننے والی جوف صحیح معنوں میں کیسہ نہیں ہوتی۔ کیونکہ ان میں بشرہ کا استر نہیں ہوتا۔ یہ چھوٹے چھوٹے کیسی ایک ساتھ مل کر ایک بڑی کیسہ بنا لیتے ہیں۔ بعض اوقات سلعات لیفی عضلی میں ایک بنادی احتباسی (RETENTION) کیسہ بن جاتی ہے۔ اور اس وقت کیسہ کی دیواروں پر ENDOTHELIAL خلیات کا استر ہوتا ہے۔ جب سلعہ لیفی عضلی HYALINE DEGENERATION کی زیادتی کے نتیجے میں کیسی

ہوجاتی ہے تو اس پر کیسہ مبیضی کا شک ہوتا ہے۔ (CYSTIC)

FATTY DEGENERATION

یہ تغیرات بہت ہی کم ہوتے ہیں۔ اگر ہوتے بھی ہیں تو CALCEROUS DEGENERATION سے قبل۔ عام طور پر یہ صورت ان سلعات میں پائی جاتی ہے جن میں HYALINE CHANGES ہوچکی ہوتی ہیں۔

CALCAREOUS DEGENERATION

یہ ایٹروفی کے نتیجے میں ہونے والی تبدیلیاں ہیں جو سن رسیدہ عورتوں میں SUB-SEROUS TUMOUR ہوا کرتی ہیں۔ خلیات میں اکٹھا ہونے والے شحمی اجزاء میں عمل تصبن (SAPONIFICATION) شروع ہوجاتا ہے۔ اس کے بعد کیلشیم کاربونیٹ اور کیلشیم فاسفیٹ خون میں موجود ہونے والے کاربونک

CACIFIED FIBROMYOMA .54

ایسڈ اور فاسفورک ایسڈ سے بنتا ہے۔ HYALINE کے برخلاف (جس میں تبدیلیاں مرکزی حصہ میں ہوتی ہیں) اس میں تکلس گرد و تھر کے محیطی حصہ میں ہوتا ہے۔ جہاں پر خون کی رسد بکثرت ہوتی ہے۔ عروق دموی کے ساتھ ساتھ دھاریوں کی شکل میں تکلس کے سفید رنگ ریت کی مانند ایریا ہوتے ہیں۔ تکلس کی زیادتی کی صورت میں پورا سلعہ ایک ٹھوس MASS میں تبدیل ہوجاتا ہے جسے ایکسرے کے ذریعہ بآسانی دیکھا جاسکتا ہے ان ٹیومر کو WOMB STONES کہتے ہیں۔

MALIGNANT CHANGES

SARCOMATOUS CHANGES

SARCOMATOUS DEGENERATION سلعہ لیفی عضلی FIBROMYOMA ۵۸

سلعہ لیفی عضلی میں MALIGNANT CHANGES کے امکانات % 1-2 ہوتے ہیں۔ گردوتھ کا تیزی کے ساتھ بڑھنا TENDERNESS اور مہبلی جریان دم میں اضافہ اس کی اہم علامتیں ہوتی ہیں۔ یہ تبدیلی عموماً ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی عورتوں میں ہوتی ہے۔ یہ تبدیلیاں گردوتھ کے مرکزی حصے سے شروع ہوتی ہیں۔ یہ بھورے رنگ کے ایریا ہوتے ہیں جن کی شناخت بآسانی کی جاسکتی ہے یہ یکساں اور اطراف کے نسیج کی بہ نسبت نرم ہوتے ہیں بعد میں NECROSIS کے نتیجے میں ناہموار ہونے کی وجہ سے دماغ کی ساخت کی مانند ہوجاتی ہیں یہ جوف خون سے پُر ہوتی ہیں۔

INFLAMMATORY CHANGES

خراج کے ساتھ ہونے والی ورم

سلعہ بیفرجی لیفی عضلی (INTERSTITIAL FIBROMYOMATA)

میں تعدیہ کے امکانات بہت کم ہوتے ہیں۔ ان میں تعدیہ کا امکان صرف عروق دمویہ ہی کے ذریعہ ہوتا ہے۔ اگر SUBSEROUS FIBROMYOMATA کے PEDICLE میں پیچیدگی ہو تو اس میں آنتوں کے ذریعہ تعدیہ ہو سکتا ہے۔ اسی طرح عانہ میں ہونیوالا SUBSEROUS MYOMA ورم قاذف ومبیض (SULPINGO OÖPHORITIS) کے نتیجے میں ملوث ہو سکتا ہے۔ سن یاس کے بعد SUBMUCOUS POLYP میں اکثر تعدیہ ہو جایا کرتا ہے۔ وضع حمل کے دوران لگنے والی گزند یا CURETTAGE کے بعد رحم کے اندر ریڈیم کے استعمال کے نتیجے میں سلعت بن سکتا ہے۔ خون کا دوران کم ہونے کے نتیجے میں سلعت عموماً زیرین کنارے پر ہوا کرتا ہے۔ لیکن بعد میں مکمل گروتھ میں یہی کیفیت پائی جاتی ہے۔

دوران خون میں ہونے والی تبدیلیاں

ایٹروفی

مبیض کے افعال کے ختم ہونے کے بعد گروتھ میں ایٹروفی شروع ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ سن یاس کے بعد ان کی سائز کم ہو جاتی ہے۔

NECROSIS

جب فائبرومایو کا دوران خون یکبارگی رک جاتا ہے (جیسا کہ اس کے PEDICLE کے انفتال کے بعد ہوتا ہے) تو NECROSIS شروع ہو جاتا ہے۔ چونکہ فائبرومائیوما کے درمیان حصہ میں دوران خون کم ہوتا ہے اس لئے NECROSIS عموماً یہیں شروع ہوتا ہے۔

NECROBIOSIS (RED DEGENERATION)

یہ NECROSIS ہی کی ایک قسم ہے لیکن اس کے رنگ اور حمل کے دوران بار بار ہونے کی وجہ سے اسے علیحدہ قسم خیال کیا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں انسجہ میں DEGENERATION جزوی ہوتا ہے جس کی بعد میں اصلاح

بھی ہو جاتی ہے۔

مبیض قاذف اور رحم میں ہونے والی تبدیلیاں

سلعہ لیفی عضلی اکثر ورم قاذف و مبیض مزمن کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے جو NULLIPAROUS میں سوزاک اور PAROUS میں نفاسی تعدیہ کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ کیسہ حویصلی احتباسی FOLLICULAR RETENTION CYST یا LUTEIN CYST عام طور پر مبیض میں دیکھی گئی ہیں۔

سلعہ کے مقام کے اعتبار سے جوف رحم میں ELONGATION یا DISTORTION کی صورت پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ بیفر جی نمو میں جوف مسخ تو ہوتا ہے لیکن SUBMUCOUS کے بغیر جبکہ ELANGATION GROWTH اس کے طویل ہونے کا سبب بنتا ہے۔ سلعہ لیفی عنقی کی وجہ سے عنق الرحم اوپر اٹھ آتی ہے۔ RETROPERITONEAL FIBROMYOMATA کے بڑھ جانے کی صورت میں جسم رحم اپنی جگہ سے ہٹ کر عانہ سے باہر آجاتی ہے۔ اور قاع الرحم ناف تک پہونچ جاتا ہے۔ INTRALIGAMENTARY رباط میں ہونے والی گر وتھ میں رحم میں جانبی میلان بھی ہوتا ہے۔ اس کا مطلب واضح نہیں ہے اگر فرج کا معدوم ہونا مقصد ہے تو اس کو دوسرے الفاظ کے ساتھ ادا کیا جائے۔ جسم رحم کے خلفی حصہ پر بیفر جی یا تحت الباریطونی گر وتھ ہونے کی صورت میں رحم کا میلان خلفی جانب ہوتا ہے۔

قاع الرحم میں ہونے والی SESSILE SUBMUCOUS GROWTH اگر رحم کے انقباض کی وجہ سے باہر خارج ہو تو اس کے ساتھ ساتھ جزوی یا مکمل انقلاب بھی ہوتا ہے۔

عوارض و علامات

بعض سلعہ لیفی عضلی خصوصاً SUBSEROUS گر وتھ بغیر عوارض کے ہوتی ہیں۔ اور صرف اتفاقیہ طور پر اس کا پتہ چلتا ہے۔ اس مرض میں ہونے والے

عوارض چار قسم کے ہوتے ہیں۔ (۱) وہ عوارض جو رحم میں سلعہ لیفی عضلی ہونے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ جیسے طمثی عوارض، عقر، سیلان اور عسر طمث۔

(۲) دوسرے عوارض وہ ہیں جو مجری بول۔ کلیتن۔ مقعد عصب عانی پر اس کے دباؤ کے نتیجے میں ظاہر ہوتے ہیں۔

(۳) وہ عوارض جو ثانوی تبدیلیوں کے نتیجے میں پیدا ہوتے ہیں۔

(۴) ترکیبی عوارض جیسے اینمیا اور تضغاط (HYPERTENTION)

رحم میں ہونے والے سلعات لیفی عضلی کے نتیجے میں پیدا ہونے والی عوارض

کثرت طمث

کثرت طمث عموماً ہر مریضہ میں نہیں ہوتا۔ لیکن جب گرد تھ INTRAMURAL (عمیقی) ہو یا SUBMUCOUS ہو تو یہ مستقل رہنے والے عوارض میں سے ایک ہے۔ طمث کے ذریعہ خون ضائع ہوجانے کی وجہ سے بعض اوقات شدید قسم کا اینمیا ہوجاتا ہے ایسی حالت میں جریان کے تین اسباب ہوسکتے ہیں۔

(۱) چونکہ جوف رحم بڑھا ہوا اور اوپر اٹھا ہوتا ہے۔ اس لئے غشا مبطن رحم بڑھی ہوئی سطح سے جریان دم بکثرت ہوتا ہے۔

(۲) دبیز POLYPOIDAL ENDOMETRIUM سے DYSFUNCTIONAL BLEEDING ہوتی ہے۔

(۳) MULTIPLE INTRAMURAL GROWTH کی وجہ سے رحم کی انقباضی حرکت کے نتیجے میں جریان دم شدت کے ساتھ عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔

METRORRHAGIA

یہ INTRAMURAL BLEEDING ہے جو عام طور پر بولیپ کے نتیجے میں ہوا کرتی ہے۔ بعض اوقات یہ جریان دم مسلسل اور اتنا شدید ہوتا ہے کہ مریضہ اینمیا میں مبتلا ہوجاتی ہے۔ کثرت طمث کی یہ صورت سلعہ لیفی عضلی کے

SARCOMATOUS DEGENERATION میں بھی ہوتی ہے۔

عقر

SUBMUCOUS اور DEEP INTRAMURAL

گردتھ ہونے کی حالت میں بیضہ کے نسب ہونے میں دشواری ہونے کے نتیجے میں عقر ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ اس کے دو اسباب اور بھی ہو سکتے ہیں۔

(۱) غشاء مبطن رحم کا فرط استناج۔

(۲) MULTIPLE INTRAMURAL GROWTH

سیلان ابیض

سیلان غشاء مبطن رحم کے فرط استناج کی وجہ سے ہونے والے ارتشاح کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

عسر طمث

رحم کی بڑھتی ہوئی وعائی کیفیت اور غیر منظم انقباضی حرکت کے نتیجے میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے۔

PRESSURE SYSTEMS

جسم رحم میں ہونے والے سلعہ لیفی عضلی ہونے کی حالت میں اس کے دباؤ کے نتیجے میں عوارض بہت ہی کم ہوتے ہیں کیونکہ انھیں جوف بطن میں کافی جگہ مل جاتی ہے۔ اس کے برخلاف RETROPERITONEAL FIBROMYOMA میں یہ عوارض نمایاں طور پر موجود ہوتے ہیں۔ کیونکہ جوف عانہ میں اس کی گردتھ کے لئے جگہ محدود ہوتی ہے۔ ان گردتھ کی وجہ سے مجری بول اور مثانہ پر بھی دباؤ پڑتا ہے جس کے نتیجے میں عسر بول یا احتباس بول عام طور پر ہوتا ہے۔ اس کے امکانات طمث کے دوران اور بھی زیادہ ہو جاتے ہیں کیونکہ عانہ میں اجتماع دم کی وجہ سے

سلعہ لیفی عضلی کی سائز بڑھ جایا کرتی ہے۔ رباط عریض میں ہونے والے سلعہ لیفی عضلی کی وجہ سے حالبین پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں HYDROURETER اور HYDRONEPHROSIS ہوتا ہے۔ اسی طرح مقعد پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں عرق النسا کی مانند درد اور عانہ کی ورید پر دباؤ پڑنے کے نتیجے میں ایک جانب کے پیر میں التہاب ہوسکتا ہے۔

سلعات لیفی عضلی میں ثانوی تبدیلیوں کے نتیجے میں پیدا ہونے والے عوارض

FATTY ، CYSTIC ، HYALINE اور CACALREOUS DEGENERATION کے نتیجے میں کوئی عوارض نہیں ہوتے اور صرف آپریشن یا پوسٹ مارٹم کے وقت ہی ان کا پتہ چلتا ہے۔

RED DEGENERATION اکثر حمل کے دوران ہوتا ہے۔ بطن میں یکبارگی درد ہونے، قے، ٹمپریچر کے بڑھنے اور نبض کے سریع ہونے کی وجہ سے مرض کی تشخیص بآسانی کی جاسکتی ہے بطن کو محسوس کرنے پر گرو تھ کی جگہ پر TENDERNESS نمایاں طور پر موجود ہوتی ہے۔

جب سلعہ لیفی عضلی درد اور جریان دم کے ساتھ بہت تیزی سے بڑھ رہا ہو تو ایسی حالت میں SARCOMATOUS DEGENERATION کے امکانات ہوتے ہیں۔ اگر یہ عوارض ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی عورت میں پیدا ہوں تو یہ بہت اہم ہوا کرتے ہیں۔ ایسی حالت میں سلعہ لیفی کو محسوس کرنے پر اس میں نرمی اور TENDERNESS پائی جاتی ہے سلعہ لیفی عضلی کے انفتال حاد (ACUTE TORSION) کے نتیجے میں یکبارگی شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔ قے بھی ہوتی ہے اور تمام علامتیں وہی ہوتی ہیں جو کیسہ مبیضی کے انفتال حاد کی صورت میں ہوا کرتی ہیں SUBMUCOUS POLYP میں تعدیہ عموماً نفاس کے دوران ہوتا ہے۔ اور اس کے نتیجے میں بخار کے ساتھ ساتھ مہبل سے بدبودار رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ اگر سن یاس میں SUBMUCOUS FIBROID

میں سلعہ پیدا ہو جائے تو ایسی حالت میں عنق الرحم کی گرو تھ اور جسم رحم کی گرو تھ کے درمیان تفریق مشکل ہوتی ہے۔

ترکیبی عوارض

بولیپ تحت المخاط (SUBMUCOUS POLYP) میں مسلسل شدت کے ساتھ جریان دم ہونے کے نتیجے میں ثانوی فقر الدم (اینمیا) ہوتا ہے۔ ثانوی فقر الدم (اینمیا) اور INFECTED FIBROMYOMA کے ذریعہ سمیت کے انجذاب کے نتیجے میں ترکیبی عوارض ہو سکتے ہیں۔ FIBROMYOMATA میں B.P. عام طور پر بڑھ جاتا ہے۔ لیکن اسے نکال دینے کے بعد وہ نارمل لیول پر ہو جاتا ہے۔

علامات فارقہ

PEDUNCULATED SUBSEROUS FIBROMYOMA

اگر اس کی علامتیں ظاہر نہ ہوں تو کیسہ مبیضہ یا سلعات رحم اور اس کے درمیان تفریق بہت مشکل سے ہو پاتی ہے۔ لمبے PEDICLE ہونے کی وجہ سے سلعہ آزادی کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ اور HYALINE DEGENERATION کی وجہ سے کیسہ کی مانند ہو جاتا ہے تو اسے کیسہ مبیضی سمجھ لیا جاتا ہے۔ اور جب ٹھس ہوتا ہے تو اس پر مبیض کے SOLID TUMOUR کا شک ہوتا ہے۔

MULTIPE SESSILE گرو تھ یا INTRAMURAL SUBPERITONEAL GROWTH

کے نتیجے میں ہونے والا غیر منظم پھیلاؤ

یہ ممکن ہے کہ رحم کے غیر منظم پھیلاؤ کی علامتیں ظاہر نہ ہوں اور معائنہ کے دوران اس کا پتہ چلے۔ لیکن جب گرو تھ INTRAMURAL ہوتی ہے تو کثرت طمث یا عسر طمث اور عقر عام طور پر ہوتا ہے۔

بطن کا معائنہ کرنے پر سلعہ کو محسوس بھی کیا جا سکتا ہے اور نہیں بھی۔ دھبلی معائنہ کرنے پر

رحم کے اردگرد ہونے والی MULTIPLE GROWTH سے رحم کو علیحدہ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ بلکہ وہ بھی ایک ناہموار سلعہ کی مانند محسوس ہوتا ہے جو ٹھوس ہوتا ہے۔ عنق الرحم کے ساتھ ساتھ اس میں بھی حرکت ہوتی ہے یہ بات ذہن نشین ہونی چاہیئے کہ ناہموار FIBROMYOMATA کے نتیجے میں بڑھے ہوئے رحم کو ہر سمت حرکت دی جاسکتی ہے۔

دونوں جانب ہونے والا ورم قاذف ومبیض مزمن یا تقیح الرحم مزمن

دونوں جانب ہونے والا مزمن متورم MASS پر اکثر MULTIPLE FIBROMYOMATA کا شک ہوتا ہے۔ سوزاکی یا اسقاط کے بعد ہونے والے تعدیہ اور ورم قاذف کے بار بار ہونے کی وجہ سے تشخیص بآسانی ہوجاتی ہے۔ رحم عام طور پر RET-ROVERTED ہوتا ہے اور ناہموار، ٹھوس اور غیر متحرک MASS سے گھرا ہوتا ہے۔ اور جب ورم قاذف ومبیض FIBROMYOMATA کے ساتھ ہوتا ہے تو اس کی تشخیص اور بھی مشکل ہوجاتی ہے۔

PELVIC ENDOMETRIOSIS •

ورم قاذف مبیض کی مانند رحم ناہموار کھٹس، غیر متحرک اور TENDER MASS سے گھرا ہوا ہوتا ہے جو MULTIPLE FIBROMYOMATA کی مانند محسوس ہوتا ہے۔ شدید قسم کے احتقانی عسر طمث کی وجہ سے دیگر امراض کے درمیان تفریق بآسانی ہوجاتی ہے۔

گرودتھ SUBMUCOUS یا SINGLE INTRAMURAL

گروتھ کے نتیجے میں رحم کا منظم پھیلاؤ

ایسی حالت میں اوپر اٹھا ہوا رحم ناف تک بڑھ جاتا ہے۔ اس کی اہم علامتیں کثرت طمث، عسر طمث اور عقر ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں دیگر اسباب کی بنا پر بڑھنے والے رحم کے درمیان تفریق ضروری ہے جسے ذیل میں تفصیل کے ساتھ بیان کیا جارہا ہے۔

حمل

رحمی حمل اور ایک ہی طرح سے بڑھتے ہوئے فائبرس رحم دونوں میں اکثر دھوکا ہوجاتا ہے خصوصاً جبکہ HYALINE DEGENERATION کی زیادتی کی وجہ سے سلعہ نرم ہوگیا ہو۔ لیکن احتباس طمث ہونے کی حالت میں حمل کی تشخیص یقین کے ساتھ ہوجاتی ہے لیکن یہ بات دھیان میں رکھنی چاہیئے کہ بعض اوقات احتباس کی غلط ہسٹری بھی دی جاتی ہے خصوصاً جبکہ بیوہ یا کنواری عورتوں کو حمل ہوا ہو۔ لہٰذا اس کی تشخیص کے لئے BIOLOGICAL TEST اور اگر رحم ناف تک بڑھ گیا ہو تو جنین کی کیفیت معلوم کرنے کے لئے PLAIN X-RAY بھی ضروری ہے۔

رحم میں ہونے والا سارکوما

سلعہ کے تیزی کے ساتھ بڑھنے درد اور جریان دم سے سارکوما یا فائبرومائیوما کے SARCOMATOUS DEGENERATION کا پتہ چلتا ہے۔

ADENOMYOSIS OF UTERUS

اس مرض کے عوارض فائبرومائیوما ہی کی مانند ہوتے ہیں۔ دونوں میں کثرت طمث عسر طمث اور عقر ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں رحم اتنا ہی بڑا ہوتا ہے جتنا کہ حمل کے بارہویں ہفتہ میں ہوتا ہے۔ دونوں کے مابین تفریق صرف عسر طمث ہی کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔

سرطان جسم رحم

FIBROMYOMATA اور سرطان، سن یاس کے دوران یا اس کے بعد ایک ہی ساتھ ہوسکتے ہیں ایسی حالت میں MALIGNANCY کے بارے میں معلوم کرنے کے لئے CURETTAGE اور HISTOLOGICAL EXAMINATION ضروری ہے۔

سرطان مشیمی CHORIONIC CARCINOMA

ایسی حالت میں VASCULAR MOLE اسقاط یا حمل کی ہسٹری ہوتی ہے۔
رحم نرم ہوتا ہے اور کبھی کبھی اتنا بڑھ جاتا ہے کہ اسے بطن پر محسوس کیا جاسکتا ہے،
اور انسجہ کے خوردبینی معائنہ کے ذریعہ صحیح تشخیص کی جاسکتی ہے۔

تقیح الرحم

اس میں نرم DEGENERATED FIBROMYOMA کا غنک
ہوتا ہے۔ لیکن دونوں کے درمیان تفریق اس طرح کی جاسکتی ہے کہ جوف رحم میں
DILATOR داخل کیا جائے اگر قیح بہہ جانے کی وجہ سے بڑھا ہوا رحم سکڑ کر
چھوٹا ہو جائے تو تقیح الرحم کی تشخیص بآسانی ہو جاتی ہے۔

جوف رحم میں SESSILE SUBMUCOUS POLYP ہونے کے نتیجے میں رحم کا پھیلاؤ

رحم طبعی سائز کا یا قدرے بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ تھوڑے تھوڑے وقفہ سے غیر منتظم
طریقے پر شدت کے ساتھ جریان دم ہوتا ہے۔ عسر طمث اور عقر ہوتا ہے یہی عوارض
DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING اسقاط ناقص
(INCOMPLETE ABORTION) نکوص اعوجاج خفیف مزمن
(CHRONIC SUBINVOLUTION) سرطان جسم رحم اور سرطان مشیمی میں بھی ہوتے ہیں اس
لئے ان کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

DYSFUNCTIONAL اور SUBMUCOUS FIBROMYOMA

BLEEDING کے درمیان صرف انسجہ کے خوردبینی معائنہ ہی کے ذریعہ تفریق کی
جاسکتی ہے۔ اس کے علاوہ DYSFUNCTIONAL BLEEDING

کو ہارمونز کے ذریعہ روکا بھی جا سکتا ہے لیکن SUBMUCOUS FIBROMYOMA پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔

اسقاط ناقص INCOMPLETE ABORTION

احتباس طمث کے بعد غیر منظم طریقے پر یا مسلسل جریان دم کی ہسٹری سے اس کی تشخیص میں کافی مدد ملتی ہے۔ مجری عنق الرحم پھیلی ہوئی ہوتی ہے اور رحم نرم ہوتا ہے۔ CURETTE کئے ہوئے مادہ میں حمل مشیمی (CHORIONIC VILLI) کے ساتھ ساتھ غشاء ساقط کے خلیات بھی ہوتے ہیں۔

نکوص اعوجاج خفیف CHRONIC SUBINVOLUTION

اس کی خاص علامت وسیع الظہر، احتقانی احتباس طمث اور کثرت طمث ہے۔ رحم پھولا ہوا اور عام طور پر RETROVERTED ہوتا ہے۔ گذشتہ وضع حمل کے بعد سے ان عوارض کا برقرار رہنا نکوص اعوجاج خفیف کے ہونے پر دلالت کرتا ہے اور اسی کے ذریعہ دونوں کے درمیان تفریق بآسانی کی جاسکتی ہے

مجری عنق الرحم یا مہبل میں ہونے والی اور اسقاط ناقص SUBMUCOUS POLYP

دونوں حالتوں میں جریان دم مسلسل اور غیر منظم طریقے پر ہوتا ہے لیکن اگر اس سے قبل احتباس رہا ہو تو اس سے اسقاط ناقص کی تصدیق ہوجاتی ہے۔ عنق الرحم کا معائنہ کرنے پر اس کے دونوں کنارے کھلے ہوئے ملتے ہیں۔ بولیپ کے زیریں سرے کو اکثر بیضہ سمجھ لیا جاتا ہے۔ لیکن دونوں کے درمیان فرق یہ ہے کہ بولیپ نازک اور جلد ٹوٹنے والی نہیں ہوتی جبکہ مادہ حمل میں یہ صفت پائی جاتی ہے۔ لیکن یہ بات دھیان میں رہنی چاہیئے کہ اگر NECROTIC POLYP ہے تو بہت ہی نازک اور جلد ٹوٹنے والی ہوتی ہے اور ایسی حالت میں تشخیص میں بہت دقت ہوتی ہے۔

جسم رحم کا پھیلتا ہوا سرطان

۵۰ سال سے زیادہ عمر کی عورتوں میں جنہیں تھیلی جریان دم کے ساتھ ساتھ گندی رطوبت بھی خارج ہوتی ہو، دونوں کے درمیان تفریق مشکل ہو جاتی ہے۔ کھلی ہوئی مجریٰ عنق الرحم میں نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والی SLOUGHING POLYP کو محسوس کرنے کے بعد اکثر جسم رحم میں ہونے والے FUNGATING CARCINOMA کا شک ہوتا ہے۔ لیکن CURETTE کٹے ہوئے مادہ کا خوردبینی معائنہ کرنے پر دونوں کے درمیان تفریق بآسانی ہو جاتی ہے۔

انقلاب الرحم

رحم کے مزمن انقلاب پر اکثر تھیلی کے SUBMUCOUS POLYP کا شک ہوتا ہے۔ دو دوستی معائنہ کرنے پر قاع الرحم کی عدم موجودگی اور مقعدی معائنہ کرنے پر پیالہ کی مانند گڑھے کی موجودگی سے انقلاب الرحم کی تصدیق ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ پولیپ کی حالت میں اگر SOUND داخل کیا جائے تو اپنے طبعی لمبائی تک داخل ہو جاتی ہے جبکہ انقلاب کی حالت میں ایسا ممکن نہیں

رباط میں ہونے والا فائبرومائیوما

اس کی تشخیص اس وقت تک نہیں ہو سکتی جب تک کہ رحم میں دوسری گرہ دتھر نہ ہوں۔ لہذا مندرجہ ذیل امراض اور اس کے درمیان تفریق ضروری ہے۔

رباط عریض میں ہونے والا سلعہ دمویہ

یہ صورت قاذفی حمل یا دوالی کے شق ہونے کے نتیجے میں ہو سکتی ہے۔ سلعہ دمویہ اور INTRALIGAMENTARY FIBROMYOMA دونوں ہی صورتوں میں رحم میں جانبی میلان ہوتا ہے اور اس کے خلاف جانب ایک سخت MASS محسوس کیا جا سکتا ہے۔ فائبرومائیوما عام طور پر اچھی طرح محسوس کیا جا سکتا ہے اور TENDER

نہیں ہوتا۔ RUPTURE ECTOPIC کے نتیجے میں ہونے والا سلعہ دمویہ غیر نمایاں اور TENDER ہوتا ہے اور اس کے علاوہ ہسٹری کے ذریعہ بھی دونوں کے درمیان تفریق ہو جاتی ہے۔

ایک جانب ہونے والے منسلک تقیح الرحم
ADHERENT PYOSALPINX

ایسی حالت میں صلب ناہموار اور غیر متحرک MASS کسی ایک جانب محسوس کیا جا سکتا ہے۔ جبکہ دوسری جانب دبازت ہوتی ہے۔ رحم جانبی حصہ میں اتنا ہٹا ہوا نہیں ہوتا جتنا کہ INTRALIGAMENTARY گردتھ ہوتا ہے

UNILATERAL PARAMETRITIS

اسی میں حاد تعدیہ کی ہسٹری ہوتی ہے۔ معائنہ کرنے پر عنق الرحم میں ناہموار سختی پائی جاتی ہے اور اس کی حرکت معدوم ہوتی ہے۔ ایک FORNIX میں پلاسٹر کی مانند MASS محسوس کیا جا سکتا ہے جو مکمل طور پر غیر متحرک ہوتا ہے۔

سلعہ لیفی عضلی فائبروما اور حمل

یہ ممکن ہے کہ کسی عورت کو MULTIPLE SUBSEROUS یا INTRAMURAL FIBROMYMA ہو اور اسے استقرار حمل بھی ہو جائے۔ اور بغیر کسی پیچیدگی کے حمل کی پوری مدت گزر کر طبعی وضع حمل بھی ہو جائے۔ لیکن جب گروتھ DEEP INTRAMURAL ہوتی ہے یا SUBMUCOUS ہوتی ہے تو عقر عام طور پر ہوتا ہے۔ حمل کے دوران ثانوی تبدیلیوں کے بھی امکانات ہوتے ہیں۔ بعض عورتوں میں عسر ولادت (DYSTOCIA) بھی ہوتا ہے۔

اگر سلعہ لیفی عضلی SUBMUCOUS ہو یا متعدد INTRAMURAL گروتھ ہوں تو ابتدائی مہینوں میں اسقاط ہو سکتا ہے۔ کیونکہ SUBMUCOUS فائبرومایوما کی وجہ سے بیضہ کے نسب ہونے اور اس کے تغذیہ میں خلل لاحق ہوتا ہے۔ اور متعدد INTRAMURAL GROWTH کی وجہ سے رحم اچھی طرح پھیل نہیں پاتا۔

NECROBIOSIS

یہ ایک عام پیچیدگی ہے جس کے نتیجے میں بطن میں شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔ ٹمپریچر کا بڑھ جانا، متلی اور سلعہ پر حاد TENDERNESS اس کی علامت ہوتی ہے۔ ابتدائی ہفتوں میں جبکہ باردار رحم جوف عانہ ہی میں ہوتا ہے اس پر حمل متبذیلا ACUTE APPENDICITIS کا شک ہوتا ہے۔ لیکن چوتھے مہینے کے بعد جب رحم اور سلعہ بطن میں آجاتے ہیں تو صحیح تشخیص ہوجاتی ہے۔

وضع حمل کے دوران سلعہ لیفی عضلی کی وجہ سے رکاوٹ پیدا ہوسکتی ہے۔ بعض اوقات رحم میں INERTIA اور نزف بعد ولادت ہوتی ہے۔ لیکن جب سلعہ لیفی عضلی جسم رحم میں ہوتا ہے تو اس کی وجہ سے وضع حمل میں کوئی رکاوٹ نہیں ہوتی۔ فل ٹرم پر عنق الرحم میں ہونے والی گروتھ کو نکالنے کے لئے شق قیصری (CAESAREAN SECTION) کی ضرورت پڑتی ہے۔ لیکن اس وقت MYOMECTOMY مناسب نہیں کیونکہ باردار رحم کی وعائی کیفیت بڑھ جانے کی وجہ سے شدید قسم کے جریان دم کے امکانات ہوتے ہیں۔

اسقاط یا وضع حمل کے بعد SUBMUCOUS GROWTH میں گندی بدبودار رطوبت خارج ہونے کے امکانات ہوتے ہیں۔

بولیب رحم UTERINE POLYP

بولیب عنق الرحم مخاطی MUCOUS POLY OF CERVIX

یہ عموماً ایک سے زیادہ ہوتی ہے ان کی سائز مٹر کے برابر ہوتی ہے۔ یہ نرم ہوتی ہیں۔ ان کا رنگ شوخ یا گہرا سرخ ہوتا ہے ان میں چھوٹا PEDICLE بھی ہوتا ہے۔ بعض اوقات ورم عنق الرحم مزمن کی علامتیں بھی ہوتی ہیں۔ اس مرض میں جریان دم اور سیلان دو اہم علامتیں ہوتی ہیں۔ جریان دم غیر منظم طریقے پر، مقدار میں کم لیکن ہلکا سا چھو دینے سے بھی لگتا ہے۔ سیلانی رطوبت مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ یہ غلیظ، مخاطی اور اکثر خون آمیز ہوتی ہے۔ اس کے اور عنق الرحم کے کینسر کے درمیان تفریق بہت مشکل سے ہوپاتی ہے کیونکہ دونوں میں معمولی گزند سے بھی نزف ہونے لگتا ہے لہذا ان کا HISTOLOGICAL

EXAMINATION بہت ضروری ہے تاکہ MALIGNANCY کے بارے میں معلوم ہوسکے۔

اگر عنق الرحم میں ہونے والی گروتھ نرم ہوں تو انھیں POLY HOLDING FORCEPS سے نکالا جاسکتا ہے۔ اگر اس طرح نہ نکل سکیں تو CURETTE کے ذریعہ نکالی جائیں۔

۵۸۔ عنق الرحم میں ہونے والی MUCOUS POLYP

بولیپ غشاء مبطن رحم ENDOMETRIAL POLYP

یہ ایک یا متعدد ہوسکتی ہیں۔ ان میں اگر PEDICLE چھوٹا ہو تو یہ جوف رحم ہی میں رہتی ہیں لیکن بڑا ہونے کی حالت میں یہ بہل تک آجاتی ہے۔ بعض اوقات صرف ایسٹروجن کے استعمال سے ہی کافی افاقہ ہوتا ہے۔ یہ خبیثہ بھی ہوسکتی ہیں۔ اس مرض میں غیر منتظم طریقے پر خفیف سا جریان دم مسلسل ہوتا رہتا ہے یا سیلان ہوتا ہے۔ بعض عورتوں میں کوئی علامت نہیں بھی ہوتی۔

بولیپ کو نکالنے کے بعد CURETTE کیا جائے تاکہ MALIGNANCY کے بارے میں معلوم ہوسکے۔

بولیپ مشیمی PLACENTAL POLYP

یہ صورت مشیمی النسج میں اجتماع دم کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے جو اسقاط یا وضع حمل کے

بعد ہوا کرتا ہے۔ یہ چھوٹی بادامی شکل کی زرد یا گہری بھوری ہوتی ہیں۔ ان میں چھوٹا اور دبیز PEDICLE ہوتا ہے۔ جو بعض اوقات اتنا بڑا ہوتا ہے کہ عنق الرحم میں آجاتا ہے۔ یہ اسفنجی گروتھ کی مانند نظر آتی ہیں۔ اسقاط یا وضع حمل کے بعد گہرے بھورے رنگ کی رطوبت ہمیشہ خارج ہوتی رہتی ہے۔ بعض اوقات تھوڑے تھوڑے وقفہ کے ساتھ شدت کے ساتھ جریان دم بھی ہوا کرتا ہے۔ عنق الرحم پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ رحم بڑھا ہوا ہو سکتا ہے اور نہیں بھی۔ بولیپ مشیمی اور سرطان مشیمی کے درمیان تفریق ذرا مشکل سے ہو پاتی ہے۔

ADENOMYOSIS OF UTERUS

اس مرض میں ENDOMETRIUM کے اندر MYOMETRIUM داخل ہو جاتا ہے۔ جس کے نتیجے میں منتشر OVER GROWTH کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس عمل میں غدد اور اسٹرومادونوں شامل ہوتے ہیں۔ اگر بغیر غدد کے یہ صورت پیدا ہو تو اسے STROMAL ADENOMYOSIS کہا جاتا ہے۔

ایسی حالت میں رحم اتنا بڑا ہو جاتا ہے جتنا کہ آٹھ یا دس ہفتہ کے حمل میں ہوتا ہے۔ جب رحم کا پھیلاؤ منتشر ہوتا ہے تو اس میں یکسانیت پائی جاتی ہے لیکن

Adenomyosis of Uterus

میں گرہیں ہونے کی صورت میں عدم یکسانیت ہوتی ہے جس کے نتیجے میں رحم کی قدامی دیوار
کی بہ نسبت خلفی دیوار زیادہ دبیز ہوجاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ PELVIC ENDME-
TRIOSIS۔ نہ ہو تو رحم کو باآسانی حرکت دی جاسکتی ہے۔ بصورت دیگر التصاق کی
وجہ سے رحم FIX ہوتا ہے۔
اگر رحم کا تراشہ لیا جائے تو نارمل سائز سے دو تین گنا زیادہ دبیز ہوتا ہے۔ جوف
رحم کو استر کرنے والی غشاء مبطن رحم نارمل ہوسکتی ہے۔ اور ENDOMETRIAL
HYPERPLASIA کے نتیجے میں دبیز اور POLYPOIDAL بھی

عوارض و علامات

بعض اوقات اس مرض کی کوئی ظاہری علامت نہیں ہوتی صرف HISTOLOGI-
CAL EXAMINATION کے ذریعہ ہی اس کا پتہ چلتا ہے جب رحم ۸ سے ۱۰ ہفتہ کے حمل
کی سائز کا ہوجاتا ہے تو غشاء مبطن رحم کے فرط استناج کے نتیجے میں کثرت طمث اور نفخ کے
نتیجے میں عسر طمث ہوتا ہے۔ اگر ADENOMYOSIS کے ساتھ ساتھ PELVIC
ENDOMETRITIS بھی ہو تو کثرت طمث کے علاوہ رحمی عجزی رباط کے متاثر ہونے کی
وجہ سے قطنی عجزی حصہ میں درد ہوتا ہے۔
اگر رحم اتنا بڑھا ہوا ہو جتنا کہ حمل کے آٹھویں ہفتہ میں ہوتا ہے تو VAGINAL
HYSTERECTOMY کی جاتی ہے۔ اور اگر اس سے زیادہ ہو تو شق تیصری CAE-
SARBAN SECTION کی ضرورت پڑتی ہے۔

ENDOMETRIOSIS

اس میں درج ذیل چار عوارض ہوتے ہیں۔
(۱) درد :- یہی سب سے اہم علامت ہے جو ہمیشہ قائم رہتی ہے۔ درد بطن کے
ایک یا دونوں جانب ہوتا ہے۔ رحمی عجزی رباط کے متاثر ہونے کی وجہ سے عجزی یا عجزی عصعصی
حصہ میں بھی درد ہوتا ہے۔ طمث سے قبل۔ دوران طمث اور طمث کے بعد خاص قسم کا
عسر طمث ہوتا ہے۔ رحمی عجزی رباط اور POUCH OF DOUGLAS کے متاثر

ہونے کے نتیجے میں DYSPAREUNIA بھی ہوتا ہے۔ درد مستقل طور پر قائم رہنے کی وجہ سے عورت چڑچڑی ہو جاتی ہے۔ اور آخر میں NEUROSIS مبتلا ہو جاتی ہے۔

(۲) کثرت طمث :۔ یہ شکایت مبیض کے فعل ناقص کے نتیجے میں یا بعض اوقات FIBROMYOMATA یا ADENOMYOSIS کے نتیجے میں بھی ہوتی ہے۔

(۳) عقر :۔ جب OVARIAN ENDOMETRIOSIS ۲۰ سے ۳۰ سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے تو عام طور پر ابتدائی عقر ہوتا ہے لیکن جب ۳۰ سے ۴۰ سال کے درمیان یہ مرض ہوتا ہے تو ثانوی عقر ہوا کرتا ہے۔ وہ عورتیں جنھیں DYSPAREUNIA کی شکایت ہوتی ہے ان میں عقم کا سبب یہ ہوتا ہے کہ یا تو جماع ہو ہی نہیں پاتا اور اگر ہوتا بھی ہے تو غیر تسلی بخش۔

دو دستی معائنہ کرنے پر رحم عموماً چمٹا ہوا اور غیر متحرک ہوتا ہے۔ دونوں جانب صلب غیر متحرک MASS ہوتے ہیں جن کے کنارے غیر واضح اور سطح ناہموار ہوتی ہے۔ مبیض میں ہونے والی بڑی ENDOMETRIAL CYST کیسہ ہوتی ہے یہ MASSES عانہ میں محراب پر ہوتے ہیں۔ اس کے علاج کا انحصار عمر اور عوارض کی شدت پر ہے۔ اگر عوارض میں شدت نہ ہو۔ رحمی عجزی رباط کے اطراف میں گرہ دار دبازت ہو لیکن کوئی MASS نہ محسوس کیا جاتا ہو تو مقررہ وقفہ کے ساتھ مشاہدہ ہی واحد علاج ہے۔ اگر عورت کی عمر ۴۰ سال یا اس سے زیادہ ہو تو HYSTERECTOMY کے ساتھ ساتھ BILATERAL SALPINGO OOPHORECTOMY کرنی چاہیئے۔

سترھواں باب

اعضاءِ تناسل میں ہونے والے نمو خبیثہ

(MALIGNANT GROWTHS)

سرطان عنق الرحم CARCINOMA OF THE CERVIX

عنق الرحم میں کینسر کے نتیجے میں ہونے والی تبدیلیاں دو قسم کی ہوتی ہیں۔ جنھیں
INVASIVE اور PREINVASIVE کہتے ہیں INVASIVE
قسم میں یا تو EXCAVATING ULCERATING LESION ہوتے ہیں
جو عنق الرحم اور اس سے منسلک انسجہ میں تآکل پیدا کرتے ہیں یا PROLIFERATING
TUMOUR ہوتے ہیں جن کی نمو عنق الرحم کے باہر ہوتی ہے۔ اور وہ مہبل کے
اوپری حصہ کو بھر دیتے ہیں۔ دوران خون ناکافی ہونے اور تعدیہ کے نتیجے میں یہ
PROLIFERATING MASS قرحی سلف میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔
INFILTRATION ہونے کی حالت میں اکثر عنق الرحم اور محراب مہبل کو برباد
کر دیتے ہیں جس کے نتیجے میں ایک گہرا جوف بن جاتا ہے جس کے کنارے صلب
ہوتے ہیں PRE INVASIVE قسم میں نہ تو کوئی ایسی علامت نظر آتی ہے
اور نہ ہی کوئی سطح سحج (EROSION) یا تآکل (ABRASION) ہی ہوتا ہے
INVASIVE CANCER کی دو قسمیں ہوتی ہیں SQUAMOUS
CARCINOMA اور ADINOCARCINOMA اس میں سے اول الذکر
عنق الرحم کے لب کو ڈھکنے والے بشرہ طباقیہ (SQUEMOUS EPITHELIUM)

سے بنتی ہیں۔ اور دوسری قسم مجری عنق الرحم کے غدد اور SURFACE EPITHELIUM سے بنتی ہیں۔

عنق الرحم میں سرطان کا پھیلنا

عنق الرحم میں سرطان چار طریقوں سے پھیلتا ہے۔

۱۔ تسلسل کے ذریعہ

مہبل۔ مجاورات رحم۔ اور مرض کے آخری درجہ میں جسم رحم میں اسی طریقہ پر کینسر پھیلتا ہے۔ اسی طرح رحمی عجزی رباط میں INFILTRATION ہونے کے بعد یہ مرض عجز تک پہنچ جاتا ہے۔

۲۔ لمفاوی غدد کے ذریعہ

بعض اہم لمفاوی غدد ہیں جو METOSTATIC DEPOSIT کا مرکز بنتے ہیں وہ درج ذیل ہیں۔

جو HYPOGASTRIC EXTERNAL ILIAC VEIN کے نیچے اور پیچھے ہوتے ہیں۔ اور دوسرے جو HYPOGASTRIC ARTERY سے متعلق ہوتے ہیں۔ اس کے بعد وہ لمفاوی غدد جو OBTURATOR INTERN-USMUSCLE کی اندرونی سطح پر ہوتے ہیں جنہیں OBTURATOR NODE کہا جاتا ہے تیسرے غدد وہ ہیں جو حالب اور رحمی شریان کے جا اتصال پر ہوتے ہیں جنہیں UTERINE NODE کہتے ہیں۔ بعض اوقات EXTER-NAL ILIAC ARTERY کے ساتھ ہونے والے غدد بھی متاثر ہوتے ہیں۔

۳۔ دوران خون کے ذریعہ

دوران خون کے ذریعہ کینسر بہت ہی کم پھیلتا ہے۔ اس طریقہ پر عانہ کی ہڈیوں میں تو

ڈپازٹ بننا شروع ہو جاتا ہے لیکن ریہ اور کبد بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔

۴۔ الحاق کے ذریعہ

اس طریقہ پر مرض مثانہ اور مقعد میں پھیلتا ہے۔ اور اس کے نتیجے میں مثانی رحمی یا مقعدی رحمی ناسور ہوتا ہے۔ بعض اوقات چھوٹی آنتوں پر بھی اس کا اثر ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں FAECAL FISTULA ہوتا ہے۔

عوارض

درج ذیل عوارض میں سے کوئی بھی ہو سکتا ہے۔ (۱) جریان دم (۲) سیلان ابیض (۳) درد (۴) بولی عوارض۔

۱۔ جریان دم

جریان دم دو طمث کے درمیان ہوتا ہے جو مباشرت کے بعد یا کسی تکان کے نتیجے میں ہو سکتی ہے۔ ابتدائی کئی مہینوں تک طمث کی زیادتی ہی اس مرض کی علامت ہوا کرتی ہے۔ اسی طرح سن یاس کے بعد بھی جریان دم بعض اوقات اس مرض کے نتیجے میں ہوا کرتا ہے۔ بعض اوقات غیر طبعی جریان دم نہیں بھی ہوتا۔ اور بعض میں احتباس طمث بھی ہوتا ہے لیکن دوسری تکلیفوں کے لیے INVESTIGATION کرائے جائیں تو کینسر کا پتہ چلتا ہے۔

۲۔ سیلان ابیض

خون آمیز رطوبت خارج ہونے سے مہینوں قبل زرد یا بھورے رنگ کی مائی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔ بعد میں اس میں بدبو بھی آنے لگتی ہے۔

۳۔ درد

ابتدائی میں عام طور پر درد نہیں ہوتا۔ لیکن بعض اوقات صرف یہی ایک علامت ہوا کرتی ہے۔ درد خفیف اور پشت کے زیریں حصہ میں ہوتا ہے جو بعد میں بطن میں سامنے کی

جانب یا رانوں کے پیچھے منتقل ہو جاتا ہے پشت میں درد کا ہونا یا درد کا رانوں میں منتقل ہونا خطرناک علامت ہوا کرتی ہے۔ جس سے معلوم ہوتا ہے کہ مرض عصب عانی تک پھیل چکا ہے۔

۴۔ بولی عوارض

بعض اوقات بولی عوارض مثلاً بولی تعدیہ۔ مثانہ کا ملوث ہونا۔ سلسل البول۔ یا عسر بول بھی ہوتا ہے۔ جیسے جیسے مرض بڑھتا ہے بولی تسدید اور کلوی عوارض جیسے متلی۔ قے۔ سر درد اور پیشاب کا نہ ہونا (ANURIA) ظاہر ہونے لگتے ہیں۔

نزف کے نتیجے میں ضعف اور ثانوی انیمیا عام طور پر ہوتا ہے مرض کے آخری درجہ میں CANCEROUS CACHEXIA بھی ہوتا ہے۔

سب سے پہلے ظاہر ہونے والی علامتیں عام طور پر ایسی ہوتی ہیں جن کا رحم سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جس کی وجہ سے طبیب کو مرض کی تشخیص میں دقت ہوتی ہے۔

تشخیص

کسی بھی مریضہ میں اگر مندرجہ بالا عوارض ہوں تو معالج کا فرض ہے کہ بغیر مکمل معاینہ کیے ہوئے مہبلی جریان دم یا کسی دوسرے عوارض کا علاج نہ کرے۔ ان مریضہ کے لیے منظاری اور دودستی معائنہ دونوں کی ضرورت ہو تو BIOPSY اور دیگر INVESTI-GATION بھی کرائے جائیں۔

سرطان کی ظاہری علامتیں

PROLIFERATIVE GROWTH

اس قسم میں عنق الرحم پر ایک ناہموار نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والا سلعہ ہوتا ہے۔ جس سے جریان دم ہوتا رہتا ہے بعض اوقات یہ نمو اتنی بڑی ہوتی ہے کہ پوری مہبل کو پُر کر

دیتی ہے اور اگر وہ گلوب کی مانند ہو تو اس پر FIBRIOD کا شک ہوتا ہے۔

EXCAVATING ULCER

عنق الرحم میں تاکل ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں سطحی یا گہری جوف بن جاتی ہے جس کے کنارے صلب ہوتے ہیں۔ زخم کی سطح بدبودار سلف سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ اگر مہبل کی دیواروں پر بھی زخم ہوتے ہیں۔

SUPERFICIAL ULCER

عنق الرحم کی چکنی سطح میں سجح ہوتا ہے جو تاکل کی مانند نظر آتا ہے۔ لیکن چھونے پر اس میں سے خون نکلنے لگتا ہے۔ تفریق کے لیے BIOPSY ضروری ہے۔

ENDOCERVICAL CANCER

اس حصہ میں ہونے والے کینسر کی دو قسمیں ہوتی ہیں ایک وہ جس میں PROLI - FERATION ہوتا ہے۔ دوسری وہ جس میں زخم ہوتا ہے جو نیچے فم مہبل تک پہنچ سکتا ہے۔ بڑی گرو تھ کے نتیجے میں عنق الرحم پھول جاتا ہے۔

علامات فارقہ

ورم عنق الرحم مزمن اور تاکل عنق الرحم

عام طور پر انھیں چھونے سے خون نہیں نکلتا لیکن دونوں کے درمیان تفریق صرف BIOPSY ہی کے ذریعہ کی جا سکتی ہے۔

قروح عنق الرحم ضربی

جزوی یا مکمل نتوء الرحم ہونے کی حالت میں رگڑ لگنے کے نتیجہ میں یہ صورت پیدا ہوتی ہے۔

ایسی حالت میں زخم عموماً سطحی ہی ہوتے ہیں اور اس کے کنارے باہر کی حالت مڑے ہوئے اور صلب ہوتے ہیں۔

درن عنق الرحم

بعض اوقات اس پر کینسر کا شک ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً ایک عرصہ سے بیمار رہنے والی کم سن عورتوں میں ہوتا ہے اور اکثر عانہ میں MASS بھی ہوتا ہے جو TUBERCU-LOUS ADNEXAL DISEASE کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں عنق الرحم میں GRANULATION TISSUE آجاتے ہیں جنھیں چھونے پر جریان دم ہونے لگتا ہے لیکن یہ انبجہ زرد نظر آتے ہیں۔ صرف BIOPSY ہی کے ذریعہ دونوں کے درمیان تفریق کی جا سکتی ہے۔

بولیپ عنق الرحم

یہ عموماً چکنی ہوتی ہیں اور گوشت کی مانند نظر آتی ہیں ENDOCERVIX سے فم مہبل کے راستہ ایک PEDICLE کے ذریعہ باہر نکل آتی ہیں۔ ان کو چھونے سے اس میں سے بلیڈنگ نہیں ہوتی۔

INTRAUTERINE FIBROID

فم مہبل سے باہر نکلنے والا سلعہ لیفی ENDOCERVIX میں ہونے والے POLYPOID BULKY CANCER ہی کی مانند ہوتا ہے۔

قروح آتشکی

یہ کینسر ہی کی مانند ہوتے ہیں لیکن انھیں چھونے پر عموماً ان میں سے اتنی آسانی کے ساتھ جریان دم نہیں ہوتا۔ BIOPSY اور WASSERMA TEST کے ذریعہ صحیح تشخیص ہو جاتی ہے۔

حمل کے ساتھ ہونے والا ورم عنق الرحم مزمن

حمل کے دوران قرحی اور دوعائی عنق الرحم کو اگر چھو لیا جائے تو اس سے نزف ہونے لگتا ہے۔ جس کی وجہ سے اکثر کینسر کا شک ہوتا ہے لہذا ان کی تفریق کے لیے کئی بار BIOPSY کرنا ضروری ہے۔ BIOPSY سے نہ تو حمل پر کوئی مضر اثرات ہوتے ہیں اور نہ ہی اس کی وجہ سے شدید قسم کا نزف ہوتا ہے۔

سرطان عنق الرحم کے چار درجات ہوتے ہیں۔

پہلا درجہ

اس درجہ میں کینسر صرف عنق الرحم ہی تک محدود رہتا ہے۔

دوسرا درجہ

اس درجہ میں مندرجہ ذیل میں سے ایک یا اس سے زیادہ اعضاء متاثر ہوتے ہیں۔

ا : مجاورات رحم میں INFILTRATION تو ہوتا ہے لیکن اس کا اثر عانہ کی جانبی دیوار تک نہیں ہوتا۔

ب : کینسر مہبل کے بالائی ⅔ تک پھیل چکا ہوتا ہے۔ لیکن زیریں ⅓ اس سے متاثر نہیں ہوتا۔

ج : جسم رحم متاثر ہو چکا ہوتا۔

تیسرا درجہ

اس درجہ میں درج ذیل اعضاء میں سے کوئی ایک یا اس سے زیادہ متاثر ہو سکتے ہیں

ا : مجاورات رحم میں عانہ کی جانبی دیوار تک INFILTRATION ہوتا ہے۔

ب : مہبل کا زیریں ⅓ حصہ متاثر ہوتا ہے۔

ج: مقعدی یا مہبلی معائنہ کے ذریعہ عانہ میں METASTASES کی کیفیت محسوس کی جاسکتی ہے۔

چوتھا درجہ

مندرجہ ذیل میں سے ایک یا اس سے زیادہ احشاء متاثر ہو سکتے ہیں۔

ا: مقعد۔ مثانہ۔ مقعد اور مثانہ دونوں۔

ب: مرض عانہ سے تجاوز کرکے مہبل تک پھیل چکا ہوتا ہے۔

PROGNOSIS

اس کا انحصار تین امور پر ہے۔

۱۔ مرض کی کیفیت۔

۲۔ کینسر کی نوعیت

۳۔ سلعہ کی نسیجی (HISTOLOGICAL) کیفیت۔

علاج

۱۔ RADIO THERAPY

۲۔ SURGICAL TREATMENT

۳۔ CHEMO THERAPY

حمل کے دوران ہونے والا سرطان عنق الرحم

یہ صورت شاذ ہی ہوا کرتی ہے اگر ہوتی بھی ہے تو اس کی تشخیص ذرا دیر سے ہوپاتی ہے۔ لیکن ورم عنق الرحم مزمن کی حالت میں حمل کے دوران PROLIFERATION ہونے کے نتیجے میں اس مرض کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ اس کی تشخیص کے لیے BIOPSY ضروری ہے۔

علاج

علاج میں تاخیر حاملہ کے لیے تکلیف کا باعث بن سکتی ہے جبکہ REDIATION کے نتیجے میں اسقاط، خدیج (PREMATURE) یا جہیز (STILL BIRTH) کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ بصورت دیگر اگر بچہ زندہ پیدا بھی ہو تو اس کا ذہن ماؤف ہوتا ہے۔ لہٰذا علاج سے قبل ان امور کو نظر انداز نہیں کرنا چاہیے۔ اور علاج درج ذیل اصول کے مطابق کرنا چاہیے۔

۱۔ حمل کے ابتدائی مہینوں میں اگر کینسر سے شفا پانے کے امکانات ہوں تو عمل جراحت کریں یا RADIO THERAPY دی جائے۔

۲۔ حمل کے درمیانی مہینوں میں اگر مرض سے شفا پانے کے امکانات ہوں اور والدین کو بچہ کی خواہش بھی ہو تو ریڈیم قلیل مقدار میں دی جائے۔ تاکہ مرض اس وقت تک دبا رہے جب تک کہ بچہ زندہ رہنے کے لائق نہ ہو جائے۔ اس کے بعد شق قیصری CAESAR-EAN SECTION کر کے بچہ کو نکال لیا جائے اور پھر مکمل علاج کیا جائے۔
اگر والدین کو بچہ کی خواہش نہ ہو تو فوراً علاج شروع کر دینا چاہیئے۔

۳۔ حمل کے آخری مہینوں میں جبکہ جنین میں زندہ رہنے کی صلاحیت ہو تو SEGMENT CAESAREAN SECTION کرنے کے بعد کینسر کا مکمل علاج کیا جائے

سرطان جسم رحم

یہ مرض عموماً ۳۰ سے ۵۳ سال کی عمر کے درمیان زیادہ ہوتا ہے لیکن CORPUS CANCER ۵۰ سے ۶۰ سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے ان میں سے زیادہ تر عورتیں فربہ اور ذیابیطس میں مبتلا ہوتی ہیں۔ عام طور پر اس کے ساتھ ساتھ تضغاط (HYPER-TENTION) بھی ہوتا ہے۔ کینسر کی اس قسم میں FUNCTIONAL UTERINE BLEEDING یا FIBROIDS یا POLYP بھی ہوا کرتا ہے۔ سن یاس میں کثرت طمث میں مبتلا ہونے والی عورتوں میں بھی اس مرض کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ اس کی چار قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ ADENOMA MALIGNUM

اس قسم میں گرودہ عموماً سطحی ہی ہوتی ہے اور غشار مبطن رحم کے بڑھے ہوئے غدد پر مشتمل ہوتی ہے جو حمل کی شکل میں ہوتے ہیں۔ خلیات میں HYPERCHROMATIC NUCLEI ہوتے ہیں۔

۲۔ ADENOCARCINOMA

اس قسم میں INFILTRATION اسٹروما کے اندر ہوتا ہے۔

۳۔ ANAPLASTIC CARCINOMA

اس قسم میں اسٹروما میں پھیلا ہوا INFILTRATION ہوتا ہے۔ یہ گرودہ بہت ہی MALIGNANT ہوتی ہیں اور ان کی پراگنوسس اچھی نہیں ہوتی۔

۴۔ ADENOCANTHOMA

یہ گرودہ بشرہ کے METAPLASIA کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہیں۔

جسم رحم میں کینسر کا پھیلنا

جسم رحم میں یہ مرض تسلسل کے ذریعہ پھیلتا ہے۔ چنانچہ عضلات کے ذریعہ مصلی سطح، اور غشار مخاطی کے ذریعہ عنق الرحم اور محراب مہبل تک پہنچتا ہے۔ اس کی وجہ سے رحم کی سطح پر گانٹھ اور ابعاد بننے کے نتیجے میں رحم بڑھ جاتا ہے۔ اسی طرح تسلسل ہی کے ذریعہ مبیض، قاذفین، اور اس سے ملحق احشار اور مثانہ تک مرض پہنچتا ہے۔ لمفاوی غدد کے ذریعہ رباط عریض کے بالائی حصہ میں پھیلتا ہے۔ مرض کے آخری درجہ میں مجاورات رحم۔ عانہ کی دیواریں اور حلقہ اربی کے لمفاوی غدد متاثر ہوتے ہیں۔ لمفاوی غدد ہی کے ذریعہ مبیض بھی متاثر ہو سکتی ہے۔

دوران خون کے ذریعہ یہ مرض جگر، ریہ اور ہڈیوں تک پھیلتا ہے۔

عوارض و علامات

مرض کے ابتدائی درجہ میں جریان دم خواہ سیلان کے ساتھ ہو یا بغیر سیلان کے ایک اہم علامت ہوتی ہے۔ ایسی عورتیں جنھیں سن یاس میں شدید قسم کی مہبل جریان دم ہو یا سن یاس تاخیر سے شروع ہو تو ان میں CORPUS CANCER کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

بعض اوقات بدبودار یا مائی رطوبت مہبل سے نکلتی رہتی ہے۔ ایسی عورتیں جو سن یاس کو پہنچ گئی ہوں ان کے لیے مکمل جانچ اور INVESTIGATION ضروری ہے۔
اکثر بدن میں درد۔ بولی عوارض انیمیا۔ بطنی سلعات اور بعض اوقات ہڈیوں اور پھیپھڑوں میں METASTASES بھی ہوتا ہے۔ عام طور پر سن یاس کے بعد رحم سکڑ کر چھوٹا ہو جاتا ہے۔ لیکن ایسی حالت میں رحم کے بڑھنے کے دو اسباب ہو سکتے ہیں۔ سرطان غشاء مبطن رحم، اور تقیح الرحم ایسی حالت میں مہبل سے خون یا قیح یا دونوں بہتی ہوئی نظر آتی ہے۔

تشخیص

مندرجہ بالا عوارض و علامات کے علاوہ DIAGNOSTIC CURETTAGE کے ذریعہ بھی تشخیص کی جا سکتی ہے۔

علاج

سن یاس میں ایسٹروجن بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کی جائے۔ اس کے مرکبات طویل عرصہ تک استعمال کرنے سے پرہیز کیا جائے۔ ایسی عورتیں جن میں جسم رحم کے سرطان کے امکانات ہوں یعنی جو عورتیں کنواری یا بے اولاد اور گدازو تندرست ہوں اور انھیں ذیابیطس یا تضغاط بھی ہو تو TOTAL HYSTERECTOMY ہی بہتر ہے۔

علاج شافی کے چار طریقے ہیں

1۔ PRE-OPERATIVE RADIATION & SURGERY

۲۔ RADIO THERAPY

۳۔ SURGERY

۴۔ PROGESTOGEN THERAPY

سرطان فرج و مہبل وقاذفین

سرطان فرج

یہ مرض عموماً سن یاس کے بعد ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں فرج کی جلد میں تبدیلی کے ساتھ ساتھ ایٹروفی اور خشکی پیدا ہو جاتی ہے جو اس مرض کے لیے معاون ثابت ہوتی ہے یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ ایسی عورتیں عموماً KRAUROSIS یا LEUCOPLAKIA میں مبتلا ہو چکی ہوتی ہیں۔ اور VULVA LEUCOPLAKIA بہرحال کینسر سے قبل کا درجہ سمجھا جاتا ہے جو بعد میں کینسر میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس طرح SYPHILIS اور LYMPHOGRANOLOMA VENEREUM بھی کینسر کا سبب بنتا ہے۔

اس مرض میں عموماً شفران کبیر متاثر ہوتے ہیں۔ اس کی بہ نسبت دہلیز الفرج میں سرطان کم ہی ہوتا ہے۔ شفران کے سرطان میں PROLIFERATIVE LESION ہوتے ہیں۔ جبکہ VESTIBULE CANCER میں EXCAVATING ULCER ہوتے ہیں جن کے کنارے آگے کو نکلے ہوئے اور صلب ہوتے ہیں HISTOLOGY کے حساب سے اس کی درج ذیل قسمیں ہوتی ہیں۔

۱۔ SQUAMOUS CARCINOMA

عام طور پر یہی قسم زیادہ ہوتی ہے۔

۲۔ BASAL CELL CARCINOMA

یہ قسم بہت کم ہوتی ہے۔ اور عام طور پر شفران کبیر پر پائی جاتی ہے۔

۳. BOWEN'S DISEASE

یہ بشرہ میں ہونے والی NON INVASIVE کینسر کی ایک قسم ہے۔

۴. ADENO CARCINOMA

یہ عام طور پر غدہ بارتھولین میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات چھوٹی بچیوں میں بھی یہ مرض دیکھا گیا ہے۔

۵. فرج میں ہونے والا سلعہ اسود (MELANOMA)۔

کینسر کی یہ قسم بہت ہی کم ہوتی ہے۔

۶۔ عنق الرحم یا جسم رحم میں ہونے والے METASTATIC CARCINOMA کی یہ قسم کبھی کبھی ہوتی ہے۔

فرج میں سرطان کا پھیلنا

تسلسل اور اتصال کے ذریعہ یہ مرض مہبل، مجری بول، عانہ، اور ران کی جلد، UROGENITAL DIAPHRAGM اور عانہ کی ہڈیوں تک پہنچتا ہے۔ لیکن یہ مرض زیادہ تر لمفاوی غدد ہی کے ذریعہ پھیلتا ہے۔

عوارض وعلامات

فرج پر SORE ہوتے ہیں جن میں درد ہوا کرتا ہے۔ اس سے قبل اس جگہ پر سوزش اور ورم جلد (DERMITIS) کی ہسٹری ہوتی ہے۔

شفران کبیرہ پر ہونے والے زخم ابھرے ہوئے اور صُلب ہوتے ہیں جن کی سطح پر زخم ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ گوبھی کے پھول کی مانند نظر آتے ہیں۔ دہلیز الفرج یا بظر میں یہ LESION عموماً مخصوص قسم کے زخم (SCAVATING ULCER) کی شکل میں ہوتے ہیں۔ جن کے کنارے عموماً صُلب ہوتے ہیں۔ درد، رطوبت کا اخراج سوزش و ہیجان

عام طور پر ہوتا ہے۔ اربی غدد بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ بعد میں لمفاوی تسدید کی وجہ سے فرج اور زیریں اطراف میں التہاب ہو سکتا ہے۔

علامات فارقہ

CONDYLOMATA

یہ مرض عام طور پر نوجوان عورتوں کو ہوتا ہے۔ یہ PAPILLOMATOUS GROTH ہوتی ہیں لیکن صلب نہیں ہوتیں۔

LYMPHOGRANULOMA VENERUM

یہ عموماً تقیح اور زخم کے ساتھ ہوتا ہے۔ BIOPSY کے ذریعہ تشخیص بآسانی کی جا سکتی ہے۔

سرطان کے نتیجے میں ہونے والے METASTATIC NODULES

رحم یا عنق الرحم کے کینسر کے NODULES متعدد ہوتے ہیں اور کینسر کی ہسٹری پائی جاتی ہے۔

علاج

سرطان فرج عام طور پر LEUCOPLAKIA کے بعد ہوتا ہے لہذا یہ ضروری ہے اس کا صحیح طور پر علاج کیا جائے۔ چونکہ اس مرض کے پورے مہبل میں پھیل جانے کے امکانات ہوتے ہیں اس لیے VULVECTOMY ہی اس کا بہتر علاج ہے۔ اس کے علاوہ RADIOTHERAPY بھی دی جا سکتی ہے۔

سرطان مہبل

مہبل میں امراض خبیثہ (MALIGNANT) ابتدائی طور پر کم ہی ہوتے ہیں۔ عام طور پر عنق الرحم کے کینسر کی وجہ سے ثانوی طور پر یا سرطان غشار مبطن رحم یا CHORIO-

NEPITHELIOMA سے METASTASIS کے طور پر یہ مرض ہوتا ہے۔ بعض اوقات جیض یا معدی معوی سرطان کے نتیجے میں بھی مہبل کے خلفی FORNIX کے ذریعہ کینسر ہو سکتا ہے۔

مہبل میں ہونے والے ابتدائی سلعات خبیثہ عام طور پر SQUAMOUS CARCINOMA اور بعض اوقات ADENO CARCINOMA بھی ہوتے ہیں۔

عوارض وعلامت وہی ہوتے ہیں جو عنق الرحم کے کینسر میں بیان کیے گئے ہیں۔ صرف مہبلی معائنہ ہی کے ذریعہ مرض کے صحیح مقام کا پتہ چلتا ہے۔

تشخیص

بعض اوقات پیسری کے ذریعہ ہونے والا مزمن زخم پر بھی کینسر کا شک ہوتا ہے۔ لہذا دونوں کے درمیان تفریق کے لیے BOIPSY بہت ضروری ہے۔ اسی طرح ENDOMETRIOSIS میں بھی محراب مہبل میں صلب گانٹھیں اور جریان ہوتا ہے جس پر اکثر کینسر کا شک ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں صرف BOIPSY ہی کے ذریعہ تفریق کی جاسکتی ہے۔ درنی قروح عموماً عنق الرحم اور ADNEXAL T.B. کے ساتھ ہوتے ہیں اور یہ صورت بہت ہی کم ہوتی ہے۔

آتشک CONDYLOMATA کی شکل میں ہوتا ہے جس کی شناخت بآسانی کی جاسکتی ہے۔ کیونکہ یہ مرض فرج سے مہبل میں منتقل ہوتا ہے۔

علاج

چھوٹے اور سطحی LESION کو CAUTERIZE کیا جاسکتا ہے۔ مرض کی شدت کی صورت میں ریڈیم کے ذریعہ علاج کیا جاسکتا ہے۔ اگر کینسر مہبل کے زیریں حصہ میں ہو تو سرجیکل ٹریمنٹ کریں۔ اور اگر کینسر اتنا پھیل چکا ہو کہ مثانہ بھی متاثر ہو جائے تو سرطان عنق الرحم کی مانند جزوی یا مکمل آپریشن کیا جائے۔

سرطان قاذفین

قاذفین عام طور پر امراض خبیثہ سے کم ہی متاثر ہوتے ہیں اور اگر ہوتے بھی ہیں تو آپریشن سے قبل اس کی تشخیص نہیں ہو پاتی۔ جریان دم اور مہبلی سے مائی رطوبت کا اخراج، بطن میں قولنج کی مانند درد۔ عانہ میں LUMP کی موجودگی اس کی اہم علامتیں ہوا کرتی ہیں۔ اس LUMP پر قاذف و بیض میں ہونے والے MASS یا بیض کے سلعات (NEOPLASM) کا شک ہوتا ہے۔

یہ مرض سلعات غددی خبیثہ (ADENOCARCINOMA) کی شکل میں ہوتا ہے۔ اور جوف باریطون کے ذریعہ رحم اور بیض تک پھیلتا ہے۔

MESODERMAL MIXED TUMOUR

عورتوں کے اعضاء تناسل میں پیدا ہونے والے MESODERMAL MIXED TUMOUR عام طور پر جسم رحم کی غشاء مخاطی سے پیدا ہوتے ہیں۔ قاذفین اور بیض میں اس قسم کے ٹیومر بہت کم پائے جاتے ہیں۔ انھیں MIXED TUMOUR اسی لیے کہا جاتا ہے کہ یہ جس جگہ پر پائے جاتے ہیں وہاں مختلف قسم کے انسجہ مثلاً SMOOTH MUSCLES ، STRIPED MUSCLES ، CARTILAGE یا ADIPOSE TISSUES LYMPHOID TISSUES کے درمیان گھرے ہوئے ہونے کے باوجود بھی یہ MONODERM ہوتے ہیں۔

BOTRYOID SARCOMA

یہ POLYPOID TUMOUR خوشہ کی مانند ہوتے ہیں جن میں MYXOSARCOMA کے ساتھ EMBRYONIC CELL کے گچھے بھی پائے جاتے ہیں۔ ان میں HETEROTROPIC TISSUES غضروف، یا CROSS STRIATED عضلات کے ریشے پائے جاتے ہیں۔

علامات

چھوٹی بچیوں میں قیحی رطوبت کے ساتھ ساتھ یا اس کے بغیر جریان الدم ہوتا ہے۔ عموماً
انگوری ساخت کے مہبل کے ذریعہ باہر خارج ہونے سے اس مرض کا پتہ چلتا ہے۔ لیکن یہ
بات دھیان میں رکھنی چاہیے کہ ہر انگوری ساخت کے ٹیومر کو MESODERMAL
نہیں کیا جاسکتا۔ اسی طرح تمام قسم کے MESODERMAL MIXTUMOUR
میں انگوری ساخت کا ہونا بھی ضروری نہیں ہے۔

CARCINOSARCOMA

ایک ہی سلعہ میں CARCINOMA اور SARCOMA
کی موجودگی کو CARCINOSARCOMA کہا جاتا ہے۔

علامات

یہ مرض ۵۰ سال سے زیادہ عمر کی عورتوں میں ہوتا ہے۔ اور ان میں سے زیادہ تر عورتوں
کو ROENTEGEN یا RADIUM THERAPY دی جا چکی
ہوتی ہے۔ IRRIDIATION اور ٹیومر بننے کے درمیان کا وقفہ دس دن یا اس
سے کچھ ہی زیادہ ہوتا ہے۔
CURETTAGE کے بعد بار بار FIBROOEDENOM-
TOUS- یا ADENOMYOMATOUS POLYP ہونے کی صورت میں
MESODERMAL ٹیومر کے امکانات ہوتے ہیں۔ ان عورتوں میں غیر منظم طریقے
پر رحمی جریان دم اور مہبلی رطوبت خاص علامت ہوا کرتی ہے۔ یہ مہبلی رطوبت عام طور پر
قیحی ہی ہوتی ہے۔ مجری عنق الرحم میں ایک POLYPOIDAL GROWTH
ہوتی ہے جو رحم کی قدامی یا خلفی دیوار سے نکلتی ہے۔ بعض اوقات یہ مہبل میں بھی ہوتی
ہے۔ یہ گروتھ نازک اور آسانی سے ٹوٹنے والی ہوتی ہے اور دستکاری کے وقت اس
MESODERMAL MIXED TUMOUR میں شدید نزف ہوتا ہے۔

خبیثہ ہوتی ہیں جو موت کا سبب بنتی ہیں۔

علاج

REDIUM THERPY کے بعد مکمل HYSTERECTOMY کریں۔

پھر آپریشن کے بعد DEEP-X-RAY دیں۔

CHORIOCARCINOMA

CHORIOCARCINOMA ایک خبیثہ مرض ہے جس کی بنیاد جنین ہے۔ اور یہ صورت باقی بچنے والے EMBRYONIC CHORION سے پیدا ہوتی ہے۔ اس میں سارکوما اور ADENOCARCINOMA میں یہی فرق ہے کہ موخرالذکر دونوں امراض رحمی انسجہ کے سرطان کے نتیجے میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ مرض ہمیشہ حمل کے بعد ہی ہوتا ہے۔ زیادہ تر واقعات میں اختتام حمل اور مرض کی علامت ظاہر ہونے کے درمیان کا وقفہ ایک ماہ سے ایک سال تک ہوتا ہے۔ بہر حال یہ مدت اس سے زیادہ بھی ہو سکتی ہے۔ اور اکثر تو کئی سال کے بعد بھی یہ مرض دیکھا گیا ہے

چونکہ یہ مرض عروق دمویہ پر بھی اثر انداز ہوتا ہے۔ اس لیے یہ وریدکے ذریعہ رحم سے مہبل اور فرج تک پہنچتا ہے۔ اسی طرح اس کا اثر پھیپھڑوں میں بھی پہنچتا ہے۔ وہاں پر ڈپازٹ کی یہ صورت عموماً دونوں جانب متعدد جگہوں پر اور علاحدہ علاحدہ ہوتی ہیں اگر یہ ڈپازٹ پھیپھڑوں کے سطحی حصہ میں ہوں تو PLEURAL CAVITY میں نزف کے امکانات بھی ہوتے ہیں۔ اس مرض کا اثر CEREBRUM یا CEREBRUM پر بھی ہو سکتا ہے جس کے نتیجے میں نزف دماغی بھی ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ گردہ۔ طحال یا دوسرے احشار میں بھی یہ صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

حمل منتبذ کی حالت میں مبیض اور قاذفین میں PRIMARY CHORIOCARCIN-OMA کی صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ لیکن قاذف کی بہ نسبت مبیض میں یہ صورت کم پیدا ہوتی ہے کیونکہ مبیض کی بہ نسبت قاذف میں حمل منتبذ کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔

علامات

اسقاط یا حمل کی پوری مدت کے بعد غیر منظم طریقے پر مسلسل بلیڈنگ ہوتی ہے۔ اور دوبارہ احتباس ہونے کی وجہ سے دوسری بار حمل ہونے کا شک ہوتا ہے۔ بعض اوقات سن یاس کے بعد CHORIOCARCINOMA کے امکانات ہوتے ہیں بدبودار رطوبت رحم سے خارج ہوتی رہتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ غیر منظم طریقے پر بخار بھی ہوتا ہے۔ ریہ میں METASTASIS کی وجہ سے کھانسی ہوتی ہے سینہ میں درد اور بعض اوقات HAEMOPTYSIS بھی ہوتا ہے جس کی وجہ سے درن ریوی (PULMONARY T.B.) یا BRONCHIECTASIS کا شک ہوتا ہے
بطن کے اندر ہونے والے METASTESIS کی حالت میں ACUTE ABDOMEN کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ کیڈطحال، کلیہ، امعاء اور OMENTUM سے بلیڈنگ ہوتی ہے۔ فرج یا مہبل میں METASIS کی صورت میں منفذ کے قدامی جانبی حصہ پر گہرے اودے رنگ کے نزفی نقاط پائے جاتے ہیں۔ فرج یا مہبل کے NODULES میں NECROSIS کی وجہ سے خون کی کمی ہو جاتی ہے۔ منفذ پر نزفی عقود کی موجودگی سے ہی رحم کے CHORIOCARCINOMA کی تصدیق ہوتی ہے۔

مہبلی معائنہ کرنے پر رحم کی سائز نارمل بھی ہو سکتی ہے اور رحم بڑھا ہوا بھی مل سکتا ہے۔ رحم کی سطح عام طور پر ہموار ہوتی ہے۔ اگر دونوں مبیض میں LUTEIN CYST محسوس کی جائیں تو اس سے CHORIOCARCINOMA کی تشخیص یقینی طور پر ہو جاتی ہے۔ مرض کی شدت کی صورت میں NECROTIC MASS عنق الرحم سے باہر نکلا ہوا ہوتا ہے جس میں بدبو ہوتی ہے۔ اور اس پر اکثر SLOUGHING FIBOID POLYP کا شک ہوتا ہے۔

بعض اوقات غشاء مبطن رحم میں بھی ایک چھوٹی گرو تھ ہوتی ہے۔ اگر جوف رحم میں بھی کوئی گروتھ نہ ہو۔ جریان مہبلی بھی نہ ہو رحم بھی بڑھا ہوا نہ ہو تو ایسی حالت میں مرض کی تشخیص میں بہت دقت ہوتی ہے۔ کیونکہ CURETTAGE سے نمو کی موجودگی

کا ثبوت نہیں ملتا۔

علاج

سرجیکل ٹریٹمینٹ (ABDOMINAL TOTAL HYSTERECTOMY) کے ساتھ ساتھ CHEMO THERAPY بھی جاری رکھیں۔

اٹھارواں باب

مبیض کے ضربی LESIONS اور تعدیہ

فتق مبیض

HERNIA OF OVARY

بعض اوقات فتق اربی (INGUINAL HERNIA) ہونے کی صورت میں مبیض HERNIAL SAC میں پائی جاتی ہے یہی کیفیت فتق معوی (ENTEROCELE) میں بھی ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں فتق کی تمام علامتوں کے ساتھ ساتھ مبیض SAC میں ہوتی ہے۔ اور بطن کے زیریں حصہ میں درد ہوتا ہے جو رانوں کی جانب منتقل ہوجاتا ہے۔ ساتھ ساتھ قے بھی ہوتی ہے مبیض اس غیر طبعی حالت میں ہونیکی صورت میں FIBROTIC ہوجاتی ہے یا متعدد احتباسی کیسہ (RETENTION CYST) کی وجہ سے بڑھ جاتی ہے۔
ہونے کی حالت میں اس میں صلابت آجاتی ہے۔ اور اس میں ایک بھی پختہ حویصلہ جراف (GRAAFIAN FOLLICLE) نہیں ہوتا۔ طمث میں خلل پیدا ہوجاتا ہے۔ جس کے نتیجے میں قلت طمث یا احتباس طمث ہوتا ہے۔

علاج

اس کا انحصار مریضہ کی عمر اور عام حالت پر ہے۔

نتوء مبیض PROLAPSE OF OVARIES

بعض اوقات وضع حمل کے بعد نکوص خفیف یا عفونی اسقاط کے نتیجے میں پھوڑے

ہوتے رحم میں RETROVERSION کی صورت پیدا ہو جاتی ہے جس کے ساتھ ساتھ POUCH OF DOUGLAS میں نتو مبیض ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں مریضہ DYSPAREUNIA کی شکایت کرتی ہے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ ساتھ پشت کے نچلے حصے میں درد بھی ہوتا ہے۔ دو دستی معاینہ کرنے پر ایک یا دونوں جانب RETROVERTED رحم کے پیچھے مبیض نظر آتی ہیں۔ اگر رحم متحرک ہوتا ہے اور دو دستی معاینہ کے ذریعہ درست کیا جا سکتا ہے تو ایسا کرنے سے مبیض اوپر اٹھ آتی ہے جس سے POUCH OF DOUGLAS کی TENDERNESS ختم ہو جاتی ہے۔ اس کا صرف جراحتی علاج ہی کیا جا سکتا ہے۔

انفتال مبیض TORSION OF OVARY

مبیض میں انفتال کے نتیجے میں التہاب اور INTERSTITIAL نزف ہوتا ہے۔ اس کی رنگت انفتال کی کیفیت کی مناسبت سے ہوتی ہے۔ حویصلہ جراف یا جسم اصفر میں نزف ہوتا ہے خصوصًا جسم اصفر میں، کیونکہ اس میں وعائی کیفیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس نزف کے نتیجے میں حویصلہ جراف یا جسم اصفر میں سلعہ دمویہ HAEMATOMA بن جاتا ہے۔ عوارض و علامات وہی ہوتے ہیں جو کیسہ مبیض کے انفتال میں ہوا کرتے ہیں اگر بہت زیادہ نزف ہونے کی صورت میں غانغرانہ (GANGRENE) بن جائے تو اسے قطع کر دینا چاہیے۔

ورم مبیض INFLAMMATION OF OVARIES

مبیض میں ابتدائی تعدیہ بہت ہی کم ہوتا ہے۔ زیادہ تر واقعات ثانوی تعدیہ کے ہوتے ہیں جو ورم قاذفین کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ اسے تفصیل کے ساتھ بیان کیا جا چکا ہے۔ بعض اوقات داہنی جانب کے مبیض میں APPENDICITIS کے نتیجے میں بھی ورم ہوتا ہے۔ اسی طرح بائیں جانب کا تعدیہ SIGMOID COLON کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ جسم اصفر یا حویصلہ کیسہ میں تعدیہ ہونے کے نتیجے میں خراج بن جاتا ہے جس کے نتیجے میں اس مبیض کے خلیات برباد ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔

سلعات مبیض TUMOURS OF OVARY

ذیابیطس میں مبتلا عورتوں کے نوزائیدہ بچوں میں حویصلی کیسہ بھی ہوسکتی ہے یہ صورت ذیابیطسی حاملہ میں PITUITARY GONADOTROPHIC ہارمون کی زیادتی اور نوزائیدہ بچوں میں LANGERHANS کے فرط استسناج (HYPERPLASIA) کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے اسی طرح انسمام حملی (TOXAEMIA OF PREGNANCY) میں مبتلا ہونے والی حاملہ کے جنین میں بھی کیسہ ہوسکتی ہے۔ جو FOLLICULAR MATURATION کی زیادتی یا نزف کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے

NON-NEOPLASTIC CYST

کیسہ حویصلی FOLLICULAR CYST -

جب حویصلہ جراف میں انشقاق نہیں ہو پاتا تو وہ حویصلی کیسہ میں تبدیل ہوجاتی ہے یہ کیسہ ۳ سے ۵ ملی میٹر قطر کی ہوتی ہے۔ حویصلی کیسہ بننے کے دو طریقے ہوتے ہیں۔

۱۔ نقص نخامیہ (PITUITARY DYSFUNCTON)

F.S.H. کی کثرت کے نتیجے میں حویصلہ کے GRANULOSA CELLS میں کئی ہفتہ تک ایسٹروجن کا ترشح ہوتا رہتا ہے۔ غشا مبطن رحم پر اس ارتشاح کے نتیجے میں بغیر تبویض کے DYSFUNCTIONAL BLEEDING ہوتی ہے۔

۲۔ TUNICA ALBUGINEA میں دبازت پیدا ہونے کے نتیجے میں طبعی حویصلہ کا انشقاق نہیں ہونے پاتا۔ ورم قاذف و مبیض مزمن میں یہ دبازت لازمی طور پر ہوتی ہے۔ بغیر کسی تعدیہ کے یا UNKNOWN ETIOLOGY کے نتیجے میں TUNICA ALBUGINEA میں پیدا ہونیوالی دبازت کو

FIBRO-CYSTIC OVARY کیا جاتا ہے۔

علامات

عموماً ایسی حالت میں کوئی خاص عوارض نہیں ہوتے صرف عانہ کا معاینہ کرتے وقت اس کا پتہ چلتا ہے۔ عام طور پر ہونیوالے عوارض درج ذیل ہیں۔

۱۔ درد

یہ کسی ایک جانب کے ILIAC FOSSA میں ہوتا ہے اور جب یہ صورت داہنی جانب پیدا ہوتی ہے تو بعض اوقات APPENDICITIS کے دھوکے میں آپریشن بھی کر دیا جاتا ہے۔

۲۔ طمثی عوارض

یہ کیسہ دو سے تین مہینے کے اندر اصلی حالت پر واپس آجاتی ہے۔ اس لیے طمثی عوارض بھی عارضی ہی ہوتے ہیں اور اس کے نتیجے میں کوئی تکلیف بھی نہیں ہوتی

۳۔ عقم

بعض عورتوں میں TUNICA ALBUGINEA میں دبازت ہونے اور تبویض نہ ہونے کے نتیجے میں عقم بھی ہوتا ہے۔

علاج

یہ عام طور پر چند مہینوں میں خود ہی ختم ہو جاتی ہیں بعض عورتوں میں دو دستی معاینہ کے وقت بہت ہلکا سا دباؤ دینے پر بھی یہ COLLAPSE ہو جاتی ہیں جس کے نتیجے میں تمام تکلیفیں ختم ہو جاتی ہیں۔ ان عورتوں کا ہر دو مہینہ کے بعد معاینہ کرتے رہنا چاہیے۔ اور اگر ۶ مہینے کے بعد بھی یہ باقی رہیں اور ان کی سائز بڑھتی جائے تو انھیں سرطان ہی سمجھنا چاہئے۔ ایسی حالت میں جراحتی علاج کریں۔

LUTEIN CYST

حمل کے بعد جسم اصفر دو تین مہینے تک باقی رہتا ہے۔ اور بعض اوقات اس میں کیسہ کی مانند تبدیلیاں بھی ہوتی ہیں جس کے نتیجے میں کیسہ بن جاتی ہے جو اکثر کافی بڑی بھی ہوتی ہے۔

CHORIOCARCINOMA اور HYDATIDIFORM MOLE

سے بننے والی LUTEIN CYST

یہ کیسہ CHORIONIC GONADOTROPHINS کے ارتشاح کی زیادتی کے نتیجے میں ہوتی ہیں جو TROPHOBLASTIC TUMOUR کی وجہ سے ہوا کرتی ہیں۔ یہ کیسہ دونوں جانب ہوتی ہیں اور ایک مبیض میں متعدد ہو سکتی ہیں۔

کیسہ جسم اصفر CORPUSLUTEUM CYST

اسے THECA LUTEIN CYST بھی کہتے ہیں۔ اگر جسم اصفر کا طبعی REGRESSION بارہ سے چودہ دن کے اندر نہیں ہوتا تو یہ بڑھ جاتا ہے۔ اور دو تین مہینے تک قایم رہتا ہے۔ اور بعض اوقات تو سنترے کے برابر ہو جاتا ہے۔

اس کے کیسہ بننے کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ حویصلی کیسہ کے THECA یا GRANULOSA CELL میں LUTEINIZATION ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں LUTEIN CYST بنتی ہے۔ جتنی دنوں تک کیسہ قایم رہتی ہے احتباس طمث بھی رہتا ہے لیکن جب REGRESSION ہوتا ہے تو رحم سے جریان دم شروع ہو جاتی ہے۔ تمام علامتیں اسقاط یا حمل منتبذ کی مانند ہوتی ہیں۔

CORPUS ALBICAN CYST

بعض اوقات جسم اصغر میں DEGENERATIVE تبدیلیاں ہونے کے درمیان کیسہ کی مانند پیدا ہوتی ہیں۔ یہ کیسہ عموماً چھوٹی اور متعدد ہوتی ہیں۔ اس میں کئی عوارض ہوتے۔

احتباسی کیسہ (RETENTION CYST) میں ہونیوالی پیچیدگیاں

GRANULOSA یا THECA CELL کے عروق میں انشقاق ہونے کے نتیجے میں حویصلہ میں جریان دم شروع ہوتا ہے۔ اس کی صرف ایک ہی علامت ہے اور وہ یہ ہے کہ بطن کے زیریں حصہ میں چند گھنٹوں تک درد ہوتا رہتا ہے۔

جسم اصغر میں ہونیوالا اسلعہ دمویہ

جسم اصغر میں ایک چھوٹا سا سلعہ دمویہ ہوتا ہے جو THECA INTERNA کے انشقاق کے نتیجے میں پیدا ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں طمث سے قبل ILIAC FOSSA میں درد ہوتا ہے۔ اس جانب کی مبیض TENDER اور کیسہ کی مانند ہوتی ہے۔ چند دنوں کے بعد درد ختم ہو جاتا ہے۔ لیکن مریضہ کو مکمل آرام کے لیے ہدایت کرنی ضروری ہے

بعض مریضہ میں عروق دمویہ کی زیادتی کی وجہ سے شدید قسم کی بلیڈنگ ہوتی ہے جس کے نتیجے میں جسم اصغر پھٹ جاتا ہے۔ اور شدید قسم کا باریطونی نزف ہوتا ہے۔ تمام علامتیں حمل منتبذ کے انشقاق کی مانند ہوتی ہیں جس کی تشخیص LAPRATOMY کے بعد ہی ممکن ہے۔

NEOPLASTIC TUMOUR

فائبروما

یہ نسیج الحاقی کا سلعہ ہے جو ٹھوس ہوتا ہے اور عام طور پر جنین کے سر سے بڑا نہیں ہوتا۔ بعض اوقات یہ صرف سطحی گانٹھ کی شکل میں ہوتا ہے۔ LAPARATOMY کے دوران اتفاقی طور پر اس کا پتہ چلتا ہے۔ بعض اوقات یہ مبیض میں ہونے والی ایک منتشر گروتھ ہوتی ہے اور جیسے جیسے یہ بڑھتی ہے مبیضی انسجہ ختم ہو جاتے ہیں جس کے نتیجے میں احتباس طمث یا قلت طمث ہوتا ہے۔
PEDUNCULATED FIBROMA کی شکل دایرہ نما یا بیضوی ہوتی ہے۔ اور یہ مبیض سے ایک چوڑے انسلاک کے ذریعہ منسلک رہتا ہے۔

علامات

اس مرض کی سب سے اہم علامت استسقاء ہے۔ اس کے علاوہ بعض عورتوں میں استسقاء کے ساتھ ساتھ HYDROTHORAX بھی ہوتا ہے۔ جیسے MEIG'S SYNDROME کہا جاتا ہے استسقاء کا سبب باریطونی ہیجان ہے جو سخت، وزنی اور متحرک سلعہ کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

علاج

FIBROMA CYST کو نکالنے کے بعد اور آپریشن کے دوران۔ استسقائی سیال کو نکال دیا جائے۔ ایسا کرنے سے HYDROTHORAX کی کیفیت خود بخود ختم ہو جاتی ہے۔

SARCOMA

مبیض میں ابتدائی سارکوما بہت ہی کم ہوتے ہیں۔ بعض اوقات فائبروما میں

ثانوی تبدیلیاں پیدا ہو کر سارکوما کی شکل پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات

یہ ٹھوس سلعہ ہے جو بہت تیزی کے ساتھ بڑھتی ہے اور یہی صفت اس کے خبیثہ ہونے کی دلیل ہوتی ہے۔

علاج

جراحتی علاج کے بعد RADIO THERAPY دی جائے لیکن اس کی پراگنوسس بہت ہی خراب ہے۔

THECA CELL TUMOUR

یہ مبیض میں ہونے والا سلعہ ہے جو ٹھس ہوتا ہے۔ سن یاس میں یا اس کے بعد ہوتا ہے بلوغت کے وقت یہ بہت ہی کم دیکھا گیا ہے۔ اس کی سائز چھوٹے لیمو سے لیکر ۸ سے ۱۰ انچ کے قطر تک ہوتی ہے۔ سطح ہموار ہوتی ہے اور اس میں کوئی التصاق نہیں ہوتا اور جیسے جیسے سلعہ کی سائز بڑھتی ہے MESOSALPINX سکڑتا جاتا ہے۔ اسے قطع کرنے پر یہ مبیض کے فائبروما کی مانند دکھائی دیتا ہے۔ لیکن چونکہ اس ٹیومر میں LUTEINIZE ہونے کی صلاحیت ہوتی ہے اس لیے اس میں ایک زرد رنگ کا مادہ ہوتا ہے۔ اس میں DEGENERATION اور LIQUEFACTION بھی پایا جاتا ہے۔ خاص طور پر بڑے ٹیومر میں یہ خاصیت زیادہ ہوتی ہے۔

یہ سلعات ایک جانب سخت اور چکنے کیپسول کے ساتھ ہوتے ہیں اس کی وجہ سے بچیوں میں "بلوغت قبل از وقت" کی علامتیں موجود ہوتی ہیں زمانہ صلاحیت تولید کے دوران غیر منظم طمث، قلت طمث اور طویل وقفہ تک احتباس طمث بھی ہوتا ہے سن یاس کے بعد اس سلعہ کی موجودگی کی حالت میں رحم بڑھ جاتا ہے۔ حبل کی غشاء مخاطی دبیز ہو جاتی ہے اور رحمی نزف ہوتا رہتا ہے۔ غشاء مبطن رحم میں۔

PROLIFERATIVE تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں عنق الرحم کے نچلی
حصہ اور نچلی میں سن یاس کے دوران ہونیوالی مخصوص تبدیلیاں نظر نہیں آتیں۔اس کا سبب
OSTRIN ہے جو سلعہ کے نتیجے میں پیدا ہوتا ہے اس مرض کیلئے OVARIOTOMY
ہی کرنی چاہئے۔ اس کی پراگنوس اچھی ہے کیونکہ تمام غیر خبیثہ ہی ہوتے ہیں۔

سرطان مبیض CARCINOMA OF OVARY

یہ سرطان کیسی یا ٹھوس سلعہ کی شکل میں ہوتا ہے۔ بہت سے ٹھوس سلعات
DEGENERATIVE تبدیلیوں کی وجہ سے ثانوی طور پر کیسی بن جاتے ہیں۔
اسی طرح متعدد کیسی سلعات PAPILLARY گروتھ کی وجہ سے ٹھوس
بن جاتے ہیں۔

مبیض میں کینسر براہ راست، لمفاوی غدد یا دوران خون کے ذریعہ ہوتا ہے۔ لیکن
مبیض میں ہونیوالا METASTATIC کینسر، مجری تناسل کے ابتدائی
کینسر یا اس کے علاوہ جسم کے کسی بھی حصے کے کینسر کے نتیجے میں ہوتا ہے۔

کیسہ مبیضی OVARIAN CYST

یہ مرض ۴۰ اور ۵۰ سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے اور اس میں ۵۰ فیصد ۔۔۔
MALIGNANT ہی ہوتے ہیں خواہ ابتدائی ہوں یا ثانوی عام طور پر طمث پر
کوئی اثر نہیں ہوتا اور ان کی وجہ سے کوئی خاص عوارض بھی نہیں ہوتے اس لیے اس کا
پتہ نہیں چلتا تاوقتیکہ بڑھ کر ان کی سائز مکمل نہ ہو جائے۔

عانہ میں ہونے والی چھوٹی کیسہ

عانہ میں ہونیوالی چھوٹی کیسہ مبیض کی تشخیص دودستی معاینہ کے ذریعہ کی جا سکتی
ہے۔ یہ محدود ہوتی ہے۔ اس کے کنارے نمایاں ہوتے ہیں انھیں حرکت دی جاسکتی ہے

علامات فارقہ

رحم میں ہونے والا فائبروما PEDUNCULATED

میض میں ہونیوالے فائبروما اور رحمی
فائبرائیڈ ایک دوسرے سے ملتے ہوئے ہوتے ہیں لیکن استسقا یا MEIG's
SYNDROME کی موجودگی سے فائبروما کی تشخیص بآسانی ہو
جاتی ہے۔

HYDROSAL PINX

یہ قاذف کے AMPULLARY حصہ میں ہوتی ہے اور عموماً دونوں
جانب ہوتی ہے۔ نفخ ہونے کے نتیجے میں یہ گلوب کی مانند ہوتی ہے۔

حمل منتبذ

جوف عانہ میں کسی کیسہ کے پھٹنے کے نتیجے میں بطن کے زیریں حصہ میں کسی ایک
طرف شدید درد ہوتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ صدمہ (SHOCK) کی دوسری
علامتیں بھی ہوتی ہیں۔ لیکن ان دونوں کی تفریقی علامت تے ہے جو مبیضی کیسہ کے انفتال
کی حالت میں مسلسل قایم رہتی ہے۔

حمل

بعض اوقات رحمی مثانی POUCH میں رحم کے سامنے کوئی کیسہ
ہوتی ہے جس کی نرم ساخت کی وجہ سے اکثر باردار رحم کا شک ہوتا ہے۔

مبیض میں ہونے والی بڑی کیسہ

بطن کی دیوار تنی ہوئی اور چمکدار ہوتی ہے سطحی وریدیں نمایاں ہوتی ہیں بطن محراب نما ہوتا ہے۔۔تنی ہوئی کیسہ میں سیال کی لہر موجود ہوتی ہے۔ مبیضی کیسہ کی حالت تقرع کرنے پر DULL SOUND ہوتی ہے۔ لیکن اس میں SHIFTING DULLNESS نہیں ہوتی۔

علامات فارقہ

منتفخ مثانہ

قاثاطیر کے استعمال کے بعد اس کی تفریق بآسانی ہوجاتی ہے۔

کثرت سیال امیونسی

HYDRAMNIOS.

حمل کے دوسرے شہور ثلاثہ میں سیال امیونسی کی زیادتی کی حالت میں تنی ہوئی کیسہ مبیضی کا شک ہوتا ہے۔ کیونکہ اس وقت نہ تو جنین کو محسوس کیا جاسکتا ہے اور نہ اس کے قلب کی آواز ہی سنائی دیتی ہے۔ ایسی حالت میں صرف ایکسرے کے ذریعہ ہی جنین کی موجودگی کی تصدیق کی جاسکتی ہے۔

ورم باریطون کیسی

درن بطنی میں مبتلا عورتوں میں درن اور ورم باریطون کیسی کے درمیان تفریق مشکل سے ہو پاتی ہے پھر بھی اگر دق کے لیے INVESTIGATIONS کرائے جائیں تو تشخیص میں آسانی ہوجاتی ہے۔

نمو مبیضی خبیثہ

اس کی قطعی تشخیص بہرحال PATHOLOGICAL EXAMINATIONS کے ذریعہ ہی کی جاسکتی ہے۔ لیکن بعض عوارض وعلامات ایسے ہیں جن کے ذریعہ سرطان کی تشخیص میں بہت مدد ملتی ہے۔ وہ حسبِ ذیل ہیں۔

۱۔ اگر کسی بچی میں عانہ میں ہونیوالے سلعہ کے ساتھ ساتھ بلوغت کی علامتیں وقت سے پہلے ظاہر ہوں تو اس سے GRANULOSA CELL TUMOUR کا پتہ چلتا ہے۔ اسی طرح DYSGERMINOMA دس سے بیس سال کی عمر کے درمیان ہوتا ہے اور ۴۰ سال کی عمر کے بعد ہونے والے مبیضی نمو میں ۵۰ فیصد خبیثہ ہی ہوتے ہیں۔

۲۔ تیزی کے ساتھ بڑھنے والے سلعات میں MALIGNANCY کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ سائز میں تیزی سے بڑھنے کے ساتھ ان میں ہلکا درد اور TENDERNESS بھی ہوتی ہے۔

۳۔ چالیس سال یا اس سے زیادہ عمر کی عورتوں میں اگر دونوں جانب گروتھ ہوں تو عام طور پر یہ خبیثہ ہی ہوا کرتی ہیں۔ مبیض میں ہونے والے تمام سلعات خبیثہ میں سے دو تہائی دونوں جانب ہی ہوتے ہیں۔

۴۔ بطن میں خون آمیز سیال کی موجودگی MALIGNANCY پر دلالت کرتی ہے۔

۵۔ زیریں اطراف خصوصاً ایک پاؤں پر التہاب کا ہونا مبیضی نمو خبیثہ کی علامت ہے

پیچیدگیاں

TORSION OF PEDICLE

سلعہ مبیضی میں عام طور پر یہی پیچیدگی زیادہ ہوتی ہے۔ بڑے سلعہ کی بہ نسبت چھوٹے سلعہ میں یہ صورت زیادہ پائی جاتی ہے کیونکہ ان میں حرکت بھی بہت زیادہ ہوتی ہے۔ بطن کے نرم

ہونے کے ساتھ بطن کے اندرونی دباؤ کا کم ہوتا جیساکہ وضع حمل کے بعد ہوا کرتا ہے یا حرکت دودیہ کی زیادتی جیساکہ ورم معدی میں ہوتی ہے یا بعض اوقات کھانسی یا کسی اور وجہ سے بطن کے عضلات میں انقباض یا کھان کا ہونا اس کے اسباب موثرہ ہیں۔ یہ انفتال مکمل یا جزوی طور پر ہو سکتا ہے۔ اس کے نتیجے میں شدید قسم کا اجتماع دم ہوتا ہے اور سلعہ میں چھوٹی وریدیں شق ہو جاتی ہیں۔ دھیرے دھیرے یہ صورت غانغرانہ میں تبدیل ہو جاتی ہے اس کی سب سے اہم علامت درد ہے جو بطن کے زیریں حصہ میں اور کسی ایک طرف زیادہ ہوتا ہے۔ درد یکبارگی شروع ہوتا ہے اور پھر شدت کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ نبض کی رفتار میں اضافہ ہو جاتا ہے تے مسلسل ہوتی رہتی ہے۔ مریضہ کی حالت ایسی ہوتی ہے کہ حمل منتبذ کا شک ہوتا ہے اگر مکمل انفتال ہو تو LAPAROTOMY کی ضرورت پڑتی ہے۔

کیسہ میں نزف کا ہونا۔

یہ نزف کیسہ کی دیواروں جوف کیسہ اور جوف باریطون میں ہو سکتا ہے۔ نزف کے درج ذیل اسباب ہو سکتے ہیں۔

۱۔ PEDICLE کا انفتال۔

۲۔ کیسہ پر براہ راست ضرب لگنا۔

۳۔ کیسہ کا کسی ضرب کے ذریعہ یا اپنے ہی آپ شق ہو جانا۔

معمولی نزف کی صورت میں سلعہ میں ہوتی ہے۔ اور درد میں اضافہ ہو جاتا ہے اگر نزف باریطون کے اندر مسلسل اور شدت کے ساتھ ہو تو صدمہ (SHOCK) ہوتا ہے جس کے لیے فوری طور پر کی ضرورت پڑتی ہے۔

انشقاق کیسہ

کیسہ کے پھٹنے کے درج ذیل اسباب ہو سکتے ہیں۔

۱۔ کیسہ کی دیواروں کا پتلا ہو جانا۔

۲. براہ راست گردہ پہنچنا۔

۳. جوف کے اندر نزف کا ہونا۔

۴. MALIGNANCY کیونکہ ایسی حالت میں انشقاق کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

کیسہ سے مہیج رطوبت بہنے کی حالت میں کیمیاوی ورم بار یطون ہوتا ہے۔ جس کے نتیجے میں اطراف کی ساخت سے کیسہ چپک جاتی ہے۔

کیسہ میں عدوی کا ہونا

نادر مبیضی کیسہ میں ورم ہوتا ہے اور اس کے PEDICLE کے انفتال یا کیسہ میں نزف ہونے کے نتیجے میں ثانوی تعدیہ ہوتا ہے۔

MALIGNANCY

نوجوان لڑکیوں میں MALIGNANCY کا سبب DYSGERMINOMA ہوتا ہے۔ ۴۰ سال کی عمر کے بعد ابتدائی MALIGNANCY رحم اور ثانوی طور پر کسی سلعہ غیر خبیثہ یا مجری غذائی یا پستان سے METASTESIS کی صورت میں ہوتی ہے۔

مبیض میں ہونیوالی تمام نئی گروتھ کے لیے LAPAROTOMY ہی کرنی چاہیئے۔

مبیض کے ابتدائی کینسر کا علاج

اس کا علاج بہت ہی مشکل ہے کیونکہ عام طور پر تشخیص کے وقت سلعہ کا پتہ نہیں چلتا۔ اس مرض میں LAPAROTOMY ہی ضروری ہے اور آپریشن کے وقت TOTAL HYSTERECTOMY کے ساتھ ساتھ BILATERAL SALPINGO OOPHORECTOMY بھی ضروری ہے

POST-OPERATIVE REDIATION

اس کے بارے میں مختلف خیالات ہیں اگر خفیف ہو تو IRRIDIATION
کی ضرورت نہیں ہوتی۔ بصورت دیگر شدت کی حالت میں IRRIDIATION
بہت ضروری ہے۔ اگر سرجیکل علاج مناسب نہ ہو تو RADIATION
جاری رکھنی چاہیے۔ اس مقصد کے COMBINED THERAPY اور
لیے CHLORAMBUCIL کا استعمال زیادہ مناسب ہے۔ اگر
اس سے افاقہ نہ ہو تو FLUOROURACIL دیا جا سکتا ہے

حمل اور وضع حمل پر مبیضی کیسہ کے اثرات

ایک جانب یا دونوں جانب کیسہ کی موجودگی استقرار حمل کے لیے کوئی رکاوٹ نہیں پیدا کرتی۔ مبیض میں ہونیوالی کیسہ حمل کے دوران تیزی کے ساتھ بڑھتی ہے۔ جب جوف عانہ میں کوئی چھوٹی کیسہ ہوتی ہے تو یہ سلسل البول یا بعض اوقات احتباس بول کا سبب بنتی ہے۔ جیسے جیسے رحم کی سائز بڑھتی ہے تو کیسہ اوپر اٹھ آتی ہے اور لحام عانی سے اوپر محسوس کی جا سکتی ہے۔ حمل کے دوسرے شہور ثلاثہ کے دوران انفتال کیسہ کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں

بڑھتے ہوتے رحم میں کیسہ کو با آسانی محسوس کیا جا سکتا ہے جوف بطن میں کیسہ کی موجودگی کے نتیجے میں بے چینی۔ سوء ہضم قے اور کھانا کھانے کے بعد نفخ شکم ہوتا ہے۔ دباؤ کی وجہ سے زیریں اطراف پر التہاب ابتدائی مہینوں ہی سے شروع ہو سکتا ہے۔ ساتویں مہینے کے بعد کیسہ کی حرکت محدود ہو جاتی ہے کیونکہ جنین اور بڑھتے ہوئے رحم کی وجہ سے بطن بھرا ہوا ہوتا ہے بعض اوقات PALPATION کے وقت کیسہ پر جنین کے سر کا گمان ہوتا ہے۔ بطن احتباس طمث کی مدت تناسب سے زیادہ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ اور مدور چیزیں یعنی کیسہ اور راس جنین کو چھونے پر طوام کا شک ہوتا ہے۔ حالانکہ جنین کا سرمانہ میں اور کیسہ قاع الرحم میں محسوس کیا جا سکتا ہے وضع حمل کے وقت اس کیسہ کی وجہ سے دقت ہوتی ہے۔ کیونکہ اس کی وجہ سے جنین کا سر صحیح طریقے پر ENGAGE

نہیں ہو پاتا۔ اور کیسہ میں نزف یا تعدیہ کے ساتھ ساتھ غانغرانہ بھی ہو سکتا ہے نفاس کے دوران انفتال۔ تعدیہ اور کیسہ میں تقیح کے بھی امکانات ہوتے ہیں حمل کے دوران اگر انفتال یا سلعہ دمویہ ہو تو آپریشن ضروری ہے۔ بصورت دیگر جسم اصفر کے ACUTE PHASE کے ختم ہونے کے بعد (تیسرے مہینے کے بعد) ہی آپریشن کیا جا سکتا ہے۔ کیسہ کو عمل جراحت کے ذریعہ نکالنے کے لیے بہترین وقت درمیانی شہور ثلاثہ ہے۔ بہتر یہی ہے کہ اگر کوئی ایمرجنسی نہ ہو تو چوتھے مہینے کی تکمیل کے بعد ہی آپریشن کیا جانا چاہیے۔

اگر کیسہ کی موجودگی حاملہ کے لیے نقصان دہ نہ ہو تو حمل کی پوری مدت تک انتظار کیا جائے اور وضع حمل کے وقت اگر اس کی وجہ سے کوئی رکاوٹ پیدا ہو رہی ہو تو شق قیصری (CAESAREAN SECTION) کے ذریعہ اسے نکال دیا جائے اور نفاس کے دوران وہ تمام اکیاس جن کی وجہ سے عوارض پیدا ہو رہے ہوں نکال دینا چاہیے۔